

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O IMPACTO DO GÉNERO DO PORTADOR DO FACTOR DE
INFERTILIDADE NA SATISFAÇÃO CONJUGAL, NA AUTO-EFICÁCIA NA
INFERTILIDADE, NA CONSCIÊNCIA DE ESTIGMA
E NA AUTO-ESTIMA GLOBAL**

Patrícia Alexandra Silva Pereira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2013

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O IMPACTO DO GÉNERO DO PORTADOR DO FACTOR DE
INFERTILIDADE NA SATISFAÇÃO CONJUGAL, NA AUTO-EFICÁCIA NA
INFERTILIDADE, NA CONSCIÊNCIA DE ESTIGMA
E NA AUTO-ESTIMA GLOBAL**

Patrícia Alexandra Silva Pereira

Dissertação orientada pelo Professor Doutor João Justo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2013

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor João Justo, pelo apoio incondicional e dedicação. Pela partilha de conhecimentos e palavras de incentivo. Pela paciência nos momentos mais ansiosos. Obrigada por ter tornado possível o impossível.

À Equipa do Serviço de Infertilidade da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, pelo apoio, dedicação e carinho.

Aos participantes do estudo.

À minha mãe, que sempre lutou ao meu lado e nunca deixou de acreditar em mim.

Ao meu irmão, aos meus avós e à minha tia, pelo apoio incondicional e carinho.

Ao meu amor, que sempre esteve presente em todos os momentos, transmitindo-me coragem e força para nunca desistir.

Às minhas Mosqueteiras, pois sem elas nada faria sentido.

Às minhas colegas e amigas da faculdade, por todos os bons momentos que partilhamos.

Às minhas amigas, pela amizade.

À minha avó

Ao meu pai.

Resumo

Objectivo: Este estudo teve dois objectivos. O primeiro foi avaliar o impacto do género do portador do factor de infertilidade em casais inférteis com etiologia individualizada, relativamente ao sofrimento psicológico. O segundo foi avaliar o impacto da diferenciação/indiferenciação do portador do factor de infertilidade no sofrimento psicológico.

Amostra: A amostra é constituída por 50 casais inférteis, com idades compreendidas entre 23 e 54 anos. Todos os elementos foram recrutados na Consulta de Infertilidade da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Instrumentos: Após a leitura da Folha de Informação ao Participante e da obtenção do Consentimento Informado, cada elemento do casal teve de preencher, individualmente, um Questionário Sociodemográfico e Clínico. De seguida, foram preenchidos quatro questionários: Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC), Escala de Auto-Eficácia na Infertilidade (EAEI), Questionário de Consciência de Estigma (QCE) e Questionário de Auto-estima Global (QAEG).

Hipóteses: Foram testadas duas hipóteses gerais. HG1 - o género do portador do factor de infertilidade consegue explicar a variância das variáveis dependentes Satisfação Conjugal, Auto-eficácia na Infertilidade, Consciência de Estigma e Auto-estima Global. HG2 – a diferenciação/indiferenciação do portador do factor de infertilidade consegue explicar a variâncias das variáveis dependentes já enunciadas.

Resultados: Através de análises de regressão, concluímos que a diferenciação/indiferenciação explicou a variância da Satisfação Conjugal nos homens inférteis e explicou a variância da Consciência de Estigma nas mulheres inférteis. O género do portador do factor de infertilidade não deu contributos significativos para a explicação das variáveis dependentes.

Conclusão: A diferenciação/indiferenciação do portador do factor de infertilidade parece conseguir desempenhar um papel importante e específico conforme o género do elemento do casal infértil. A especificidade da percepção que homens e mulheres inférteis fazem da natureza da sua infertilidade precisa de ser elucidadas em investigações posteriores.

Palavras-chave: diagnósticos de infertilidade; Satisfação Conjugal; Consciência de Estigma; Auto-Eficácia; Auto-estima Global

Abstract

Objective: This study had two had goals. The first was to evaluate the impact of the gender of the bearer of the infertility factor in infertile couples with individualized etiology upon psychological distress. The second was to evaluate the impact of the differentiation/indifferentiation of the bearer of the infertility factor upon psychological distress.

Sample: The sample consisted of 50 infertile couples, aged between 23 and 54 years. All elements were been recruited at the Infertility Consultation of the Maternity Dr. Alfredo da Costa.

Instruments: After reading the Paper of Information to Participants and Informed Consent was obtained, each element of the couple had to fill, individually, Clinical and Sociodemographic Questionnaire. Then, four questionnaires were filled: Rating Scale Areas of Life Satisfaction in Marriage (EASAVIC), Self-Efficacy Scale in Infertility (EAEI), Stigma Consciousness Questionnaire (QCE) and Global Self-Esteem Questionnaire (QAEG).

Hypothesis: We tested two general hypotheses. HG1 - the gender of the bearer of the infertility factor explains the variance of the dependent variables Marital Satisfaction, Self-Efficacy in Infertility, Stigma Consciousness and Global Self-Esteem. HG2 - differentiation/indifferentiation of the bearer of the infertility factor explains the variance of the dependent variables already mentioned.

Results: Through regression analysis, we concluded that the differentiation/indifferentiation variable explained Marital Satisfaction variance of infertile men and explained Stigma Consciousness variance of infertile women. The gender of the bearer of the infertility factor did not yield significant contributions to the explanation of the dependent variables.

Conclusion: The differentiation/indifferentiation of the bearer of the infertility factor seems to play an important and specific role according to the gender of the element of the infertile couple. The specificity of perceptions that infertile men and women produces about their infertility needs to be elucidated in further investigations.

Keywords: diagnosis of infertility; Marital Satisfaction; Stigma Consciousness, Self-Efficacy, Self-esteem Global.

Índice

1. Enquadramento Teórico.....	1
1.1 Infertilidade e Psicologia.....	1
1.1.1 A infertilidade enquanto problema de saúde pública	1
1.1.2 Aspectos psicológicos da infertilidade	3
1.1.3 Diferenças de géneros: infertilidade Feminina e infertilidade Masculina	6
1.1.4. Diferenças entre diagnósticos: factor feminino, masculino, misto e inexplicável	8
1.2. Satisfação Conjugal, Auto-eficácia na Infertilidade, Consciência de Estigma e Auto-estima Global	11
1.2.1. Satisfação Conjugal.....	11
1.2.2. Auto-eficácia na infertilidade.....	14
1.2.3. Consciência de Estigma	14
1.2.4. Auto-estima global	16
1.3. Infertilidade, Satisfação Conjugal, Auto-eficácia na infertilidade, Consciência de Estigma e Auto-estima Global	17
2. Objectivos e Hipóteses	19
2.1. Objectivos de investigação.....	19
2.2. Hipóteses Gerais de estudo	19
2.2.1. Hipótese Geral 1.....	19
2.2.2. Hipótese Geral 2.....	20
3. Metodologia	21
3.1. Definição das variáveis	21
3.2. Operacionalização das Variáveis.....	21
3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico	22
3.2.2. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)	22

3.2.3. Escala de Auto-Eficácia na Infertilidade (EAEI)	24
3.2.4. Questionário de Consciência de Estigma (QCE).....	24
3.2.5. Questionário de Auto-Estima Global (QAEG).....	25
3.3. Hipóteses Específicas.....	26
3.4. Procedimentos	27
3.5. Procedimentos Estatísticos	28
4. Resultados	29
4.1. Participantes do estudo.....	29
4.2. Regressão Linear	32
4.3. Testagem das Hipóteses Específicas	32
4.3.1. Testagem da hipótese específica 1	32
4.3.2. Testagem da hipótese específica 2	35
4.3.3. Testagem da hipótese específica 3	36
4.3.4. Testagem da hipótese específica 4	38
4.3.5. Testagem da hipótese específica 5	39
4.3.6. Testagem da hipótese específica 6	44
4.3.7. Testagem da hipótese específica 7	45
4.3.8. Testagem da hipótese específica 8	46
5. Discussão de Resultados e Principais Conclusões	49
BIBLIOGRAFIA.....	61
Anexos em CD	69

Índice de Quadros no Texto

Quadro 1. Regressão Linear; Variável Dependente Satisfação Conjugal Global nos Participantes Masculinos.

Quadro 2. Regressão Linear; Variável Dependente Satisfação Conjugal Global nos Participantes Femininos.

Quadro 3. Regressão Linear; Variável Dependente Auto-Eficácia na Infertilidade nos Participantes Masculinos.

Quadro 4. Regressão Linear; Variável Dependente Auto-Eficácia na Infertilidade nos Participantes Femininos

Quadro 5. Regressão Linear; Variável Dependente Consciência de Estigma nos Participantes Masculinos.

Quadro 6. Regressão Linear; Variável Dependente Consciência de Estigma nos Participantes Femininos

Quadro 7. Regressão Linear; Variável Dependente Auto-Estima Global dos Participantes Masculinos

Quadro 8. Regressão Linear; Variável Dependente Auto-Estima Global nos Participantes Femininos

Quadro 9. Regressão Linear; Variável Dependente Satisfação Conjugal Global nos Participantes Masculinos.

Quadro 10. Regressão Linear; Variável Dependente Intimidade Emocional nos Participantes Masculinos.

Quadro 11. Regressão Linear; Variável Dependente Satisfação Conjugal Global nos Participantes Femininos.

Quadro 12. Regressão Linear; Variável Dependente Comunicação/Conflito nos Participantes Femininos.

Quadro 13. Regressão Linear; Variável Dependente Auto-Eficácia na infertilidade nos Participantes Masculinos.

Quadro 14. Regressão Linear; Variável Dependente Auto-Eficácia na infertilidade nos Participantes Femininos.

Quadro 15. Regressão Linear; Variável Dependente Consciência de Estigma nos Participantes Masculinos.

Quadro 16. Regressão Linear; Variável Dependente Consciência de Estigma nos Participantes Femininos.

Quadro 17. Regressão Linear; Variável Dependente Escala de Auto-Estima Global nos Participantes Masculinos.

Quadro 18. Regressão Linear; Variável Dependente Escala de Auto-Estima Global nos Participantes Femininos.

Índice de Figuras no Texto

Figura 1 – Análise de Regressão: Sequência 1

Figura 2 – Análise de Regressão: Sequência 2

Figura 3 – Análise de Regressão: Sequência 3

Índice de Anexos em CD

Anexo I – Folha de Informação ao Participante

Anexo II – Consentimento Informado

Anexo III – Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo IV – Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)

Anexo V - Escala de Auto-Eficácia na Infertilidade (EAEI)

Anexo VI - Questionário de Consciência de Estigma (QCE)

Anexo VII - Questionário de Auto-estima Global (QAEG)

Anexo VIII – Estatística descritiva das variáveis independentes (dados sociodemográficos e clínicos)

Anexo IX – Quadros de Regressões Lineares – Hipótese Específica 1 e Hipótese Específica 5.

Anexo X – Análise de Consistência Interna da EASAVIC (participantes masculinos)

Anexo XI - Análise de Consistência Interna da EASAVIC (participantes femininos)

Anexo XII - Análise de Consistência Interna da EAEI (participantes masculinos)

Anexo XIII - Análise de Consistência Interna da EAEI (participantes femininos)

Anexo XIV - Análise de Consistência Interna da QCE (participantes masculinos)

Anexo XV - Análise de Consistência Interna da QCE (participantes femininos)

Anexo XVI - Análise de Consistência Interna da QAEG (participantes masculinos)

Anexo XVII - Análise de Consistência Interna da QAEG (participantes femininos)

Anexo XVIII – Análise de Regressão: Hipótese Específica 1 – Satisfação Conjugal Global dos participantes masculinos

Anexo XIX – Análise de Regressão: Hipótese Específica 1 – Intimidade Emocional dos participantes masculinos

Anexo XX – Análise de Regressão: Hipótese Específica 1 – Sexualidade dos participantes masculinos

Anexo XXI – Análise de Regressão: Hipótese Específica 1 – Comunicação/Conflitos dos participantes masculinos

Anexo XXII – Análise de Regressão: Hipótese Específica 1 – Funções Familiares dos participantes masculinos

Anexo XXIII – Análise de Regressão: Hipótese Específica 1 – Rede Social dos participantes masculinos

Anexo XXIV – Análise de Regressão: Hipótese Específica 1 – Autonomia dos participantes masculinos

Anexo XXV – Análise de Regressão: Hipótese Específica 1 – Satisfação Conjugal Global dos participantes femininos

Anexo XXVI – Análise de Regressão: Hipótese Específica 1 – Intimidade Emocional dos participantes femininos

Anexo XXVII – Análise de Regressão: Hipótese Específica 1 – Sexualidade dos participantes femininos

Anexo XXVIII – Análise de Regressão: Hipótese Específica 1 – Comunicação/Conflitos dos participantes femininos

Anexo XXIX – Análise de Regressão: Hipótese Específica 1 – Funções Familiares dos participantes femininos

Anexo XXX – Análise de Regressão: Hipótese Específica 1 – Rede Social dos participantes femininos

Anexo XXXI – Análise de Regressão: Hipótese Específica 1 – Autonomia dos participantes femininos

Anexo XXXII – Análise de Regressão: Hipótese Específica 2 – Auto-Eficácia na Infertilidade dos participantes masculinos

Anexo XXXIII – Análise de Regressão: Hipótese Específica 2 – Auto-Eficácia na Infertilidade dos participantes femininos

Anexo XXXIV – Análise de Regressão: Hipótese Específica 3 – Consciência de Estigma dos participantes masculinos

Anexo XXXV – Análise de Regressão: Hipótese Específica 3 – Consciência de Estigma dos participantes femininos

Anexo XXXVI – Análise de Regressão: Hipótese Específica 4 – Auto-estima Global dos participantes masculinos

Anexo XXXVII – Análise de Regressão: Hipótese Específica 4 – Auto-estima Global dos participantes femininos

Anexo XXXVIII – Análise de Regressão: Hipótese Específica 5 – Satisfação Conjugal Global dos participantes masculinos

Anexo XXXIX – Análise de Regressão: Hipótese Específica 5 – Intimidade Emocional dos participantes masculinos

Anexo XL – Análise de Regressão: Hipótese Específica 5 – Sexualidade dos participantes masculinos

Anexo XLI – Análise de Regressão: Hipótese Específica 5 – Comunicação/Conflitos dos participantes masculinos

Anexo XLII – Análise de Regressão: Hipótese Específica 5 – Funções Familiares dos participantes masculinos

Anexo XLIII – Análise de Regressão: Hipótese Específica 5 – Rede Social dos participantes masculinos

Anexo XLVI – Análise de Regressão: Hipótese Específica 5 – Autonomia dos participantes masculinos

Anexo XLVII – Análise de Regressão: Hipótese Específica 5 – Satisfação Conjugal Global dos participantes femininos

Anexo XLVIII – Análise de Regressão: Hipótese Específica 5 – Intimidade Emocional dos participantes femininos

Anexo XLIX – Análise de Regressão: Hipótese Específica 5 – Sexualidade dos participantes femininos

Anexo L – Análise de Regressão: Hipótese Específica 5 – Comunicação/Conflitos dos participantes femininos

Anexo LI – Análise de Regressão: Hipótese Específica 5 – Funções Familiares dos participantes femininos

Anexo LII – Análise de Regressão: Hipótese Específica 5 – Rede Social dos participantes femininos

Anexo LIII – Análise de Regressão: Hipótese Específica 5 – Autonomia dos participantes femininos

Anexo LIV – Análise de Regressão: Hipótese Específica 6 – Auto-Eficácia na Infertilidade dos participantes masculinos

Anexo LV – Análise de Regressão: Hipótese Específica 6 – Auto-Eficácia na Infertilidade dos participantes femininos

Anexo LVI – Análise de Regressão: Hipótese Específica 7 – Consciência de Estigma dos participantes masculinos

Anexo LVII – Análise de Regressão: Hipótese Específica 7 – Consciência de Estigma dos participantes femininos

Anexo LVIII – Análise de Regressão: Hipótese Específica 8 – Auto-estima Global dos participantes masculinos

Anexo LIX – Análise de Regressão: Hipótese Específica 8 – Auto-estima Global dos participantes femininos

Anexo LX – Correlações entre VD Satisfação Conjugal Global dos participantes masculinos e sequência 1

Anexo LXI – Correlações entre VD Intimidade Emocional dos participantes masculinos e sequência 1

Anexo LXII – Correlações entre VD Sexualidade dos participantes masculinos e sequência 1

Anexo LXIII – Correlações entre VD Comunicação/conflitos dos participantes masculinos e sequência 1

Anexo LXIV – Correlações entre VD Funções Familiares dos participantes masculinos e sequência 1

Anexo LXV – Correlações entre VD Rede Social dos participantes masculinos e sequência 1

Anexo LXVI – Correlações entre VD Autonomia dos participantes masculinos e sequência 1

Anexo LXVII – Correlações entre VD Satisfação Conjugal Global dos participantes femininos e sequência 1

Anexo LXVIII – Correlações entre VD Intimidade Emocional dos participantes femininos e sequência 1

Anexo LXIX – Correlações entre VD Sexualidade dos participantes femininos e sequência 1

Anexo LXX – Correlações entre VD Comunicação/conflitos dos participantes femininos e sequência 1

Anexo LXXI – Correlações entre VD Funções Familiares dos participantes femininos e sequência 1

Anexo LXXII – Correlações entre VD Rede Social dos participantes femininos e sequência 1

Anexo LXXIII – Correlações entre VD Autonomia dos participantes femininos e sequência 1

Anexo LXXIV – Correlações entre VD Auto-eficácia na Infertilidade dos participantes masculinos e sequência 2

Anexo LXXV – Correlações entre VD Auto-eficácia na Infertilidade dos participantes femininos e sequência 2

Anexo LXXVI – Correlações entre VD Consciência de Estigma dos participantes masculinos e sequência 2

Anexo LXXVII – Correlações entre VD Consciência de Estigma dos participantes femininos e sequência 2

Anexo LXXVIII – Correlações entre VD Auto-estima Global dos participantes masculinos e sequência 2

Anexo LXXIX – Correlações entre VD Auto-estima Global dos participantes femininos e sequência 2

Anexo LXXX – Correlações entre VD Satisfação Conjugal Global dos participantes masculinos e sequência 3

Anexo LXXXI – Correlações entre VD Intimidade Emocional dos participantes masculinos e sequência 3

Anexo LXXXII – Correlações entre VD Sexualidade dos participantes masculinos e sequência 3

Anexo LXXXIII – Correlações entre VD Comunicação/conflitos dos participantes masculinos e sequência 3

Anexo LXXXIV – Correlações entre VD Funções Familiares dos participantes masculinos e sequência 3

Anexo LXXXV – Correlações entre VD Rede Social dos participantes masculinos e sequência 3

Anexo LXXXVI – Correlações entre VD Autonomia dos participantes masculinos e sequência 3

Anexo LXXXVII – Correlações entre VD Satisfação Conjugal Global dos participantes femininos e sequência 3

Anexo LXXXVIII – Correlações entre VD Intimidade Emocional dos participantes femininos e sequência 3

Anexo LXXXIX – Correlações entre VD Sexualidade dos participantes femininos e sequência 3

Anexo XC – Correlações entre VD Comunicação/conflitos dos participantes femininos e sequência 3

Anexo XCI – Correlações entre VD Funções Familiares dos participantes femininos e sequência 3

Anexo XCII – Correlações entre VD Rede Social dos participantes femininos e sequência 3

Anexo XCIII – Correlações entre VD Autonomia dos participantes femininos e sequência 3

Anexo XCIV – Correlações entre VD Auto-eficácia na Infertilidade dos participantes masculinos e sequência 3

Anexo XCV – Correlações entre VD Auto-eficácia na Infertilidade dos participantes femininos e sequência 3

Anexo XCVI – Correlações entre VD Consciência de Estigma dos participantes masculinos e sequência 3

Anexo XCVII – Correlações entre VD Consciência de Estigma dos participantes femininos e sequência 3

Anexo XCVIII – Correlações entre VD Auto-estima Global dos participantes masculinos e sequência 3

Anexo XCIX – Correlações entre VD Auto-estima Global dos participantes femininos e sequência 3

1. Enquadramento Teórico

1.1 Infertilidade e Psicologia

1.1.1 A infertilidade enquanto problema de saúde pública

Na sua grande maioria, os casais desejam ter um filho e, desta forma, experienciar todas as vivências subjacentes à parentalidade, visto que o papel parental continua a ser uma fonte organizadora e um importante objectivo de vida (Melo, Leal & Faria, 2006). Numa visão antropológica, o objecto família inscreve-se sobretudo na transgeracionalidade dos indivíduos e das culturas e, nesse sentido, de uma forma lata, pode-se dizer que as famílias se referem a unidades de reprodução (Leal & Oliveira, 2005).

Nos nossos dias, socialmente, ter um filho, tornou-se uma obrigação no sistema de representação do indivíduo e da família (Seixas & Faria, 1995). Se essa obrigação não se cumpre, o casal é colocado perante uma situação para a qual não estava preparado (Faria, 2001). A criança será um símbolo de continuidade da espécie e nada é pior do que “a criança que não vem” (Seixas & Faria, 1995).

Segundo a OMS, um casal é considerado infértil após doze meses de relações sexuais não protegidas (Faria, 2001). Como tal, essa duração deve ser tida em conta quando se pretende realizar uma investigação/avaliação, a menos que a história médica ou os resultados dos exames médicos ditem um tratamento precoce (American Society for Reproductive Medicine, 2004). Os objectivos da avaliação da infertilidade são determinar uma causa provável do problema; oferecer informações precisas acerca do diagnóstico, podendo este ser feminino, masculino, misto ou desconhecido; prestar aconselhamento, apoio e informações ao longo do todo o processo de avaliação e apresentar orientações acerca das opções de tratamento (Eskandari & Cadieux, 2005).

Estima-se que existam, à escala mundial, entre 10 e 15% de casais em situação de infertilidade (Remoaldo, Machado, Reis, Pereira & Xavier, 2002), significando que um em cada seis tem dificuldade em reproduzir (Drosdzol & Skrzpulec, 2009). Calcula-se

que, em Portugal, a infertilidade atinja cerca de 40.000 pessoas e que este número tenha tendência para aumentar (Faria, 2001). O aumento anual do número de casos de infertilidade poderá estar relacionado, essencialmente, com factores socioculturais e profissionais (Remoaldo et al., 2002). Adquirindo uma percentagem cada vez maior nas sociedades desenvolvidas (Uribelarrea, 2008).

A explicação deste aumento da infertilidade é multifactorial (Faria, 2001). Em Portugal, o primeiro filho nasce, em média, muito perto dos trinta anos de idade da mãe. Significa isto que, por razões culturais, a fase entre a menarca e os trinta anos (do ponto de vista estritamente fisiológico a fase de maior fertilidade para a mulher) é desperdiçada do ponto de vista reprodutivo; algo de semelhante se passa também com o homem (Leal & Oliveira, 2005). A difusão dos métodos modernos de concepção, o aumento do stress, o início precoce da vida sexual, a mudança do papel social da mulher (Faria, 2001) e o atraso na procura da descendência motivado por questões profissionais (Remoaldo et al., 2002) podem também contribuir para o aumento desta questão.

Identificam-se dois tipos de infertilidade: infertilidade primária e secundária. A primária aplica-se às mulheres onde não existiu concepção anterior, ou seja, trata-se da incapacidade de conceber uma criança viável ou a impossibilidade de levar uma gravidez até ao fim. A infertilidade secundária refere-se aos pacientes que já experienciaram uma gravidez da qual resultou uma criança viável e, no entanto, actualmente não conseguem reproduzir (Eskandari & Cadieux, 2005; Dorland, 2000; Schmidt, 2006). Sabe-se que a infertilidade secundária tem menos efeitos sobre a experiência psicológica dos casais inférteis (Goeb, Férel, Guetta, Dutilh, Dulioust, Guibert et al., 2006; Eugster & Vingerhoets, 1999; cit por Kissi et al., 2013).

Para que a gravidez aconteça, tem de existir, pelo menos, um espermatozóide e um óvulo competentes, e consequentemente, um meio de colocá-los em contacto e um endométrio receptivo que permita que o embrião resultante implante. Uma falha em qualquer destas fases pode levar à infertilidade (Seepana & Allamsetty, 2010). Assim, a etiologia da infertilidade pode ser classificada como feminina ou masculina (Eskandari & Cadieux, 2005). Williams, Bischoff e Laudes (1992, cit por Watkins & Baldo, 2004)

deram uma explicação simples para as causas da infertilidade. Nas mulheres, a infertilidade deve-se, sobretudo, a três factores principais: a) impossibilidade de produzir e libertar óvulos maduros, b) existência de lesões nas trompas de Falópio e c) dificuldades na nidificação. Para os homens, as principais razões para a infertilidade incluem o número de espermatozóides que produzem, a sua morfologia e a sua qualidade. Contudo, há a possibilidade de não existir nenhuma alteração ao longo do processo. Nesse caso, o casal é diagnosticado com infertilidade idiopática ou inexplicada (Eskandari & Cadieux, 2005), não evidenciando qualquer anomalia.

1.1.2 Aspectos psicológicos da infertilidade

A infertilidade implica uma crise complexa, psicologicamente ameaçadora e desafiante. Esta problemática não pode ser simplesmente considerada como o mau funcionamento de um órgão; em vez disso, outros aspectos também são importantes, sendo que necessitam de uma maior atenção, englobando tanto problemas médicos como emocionais (Ramazanzadeh, Noorbala, Abedinia & Naghizadeh, 2009).

As antigas investigações sobre os aspectos psicológicos da infertilidade focavam-se exclusivamente numa perspectiva psicopatológica individual. Mais recentemente, o foco da pesquisa sobre estes aspectos da infertilidade transformou-se numa visão mais holística/interactiva da infertilidade e do impacto do avanço das técnicas medicamente assistidas (Burns & Convington, 2006), como é o caso da técnica ISCI, que será abordada mais tarde.

Independentemente da causa, a infertilidade está sempre na origem de grande sofrimento, colocando os indivíduos inférteis num plano especial de hiperfragilidade, causando sérias consequências para o casal, como por exemplo, abatimento, crises de choro, sentimentos de vergonha, incapacidade, perda de feminilidade/masculinidade, etc. (Faria, 2001). A ansiedade e a depressão são consideradas como consequências gerais da infertilidade e têm uma relação significativa com esta problemática (Ramazanzadeh et al., 2009).

Um estudo realizado por Oddens, Tonkelaar e Nieuwenhuyse (1999) concluiu que as mulheres com problemas de infertilidade evidenciam mais emoções negativas (ansiedade e depressão) que as mulheres sem dificuldades em engravidar. Semelhantemente, outro estudo também concluiu que as mulheres inférteis apresentam mais sintomas graves de depressão, comparativamente com as mulheres férteis. Quanto à ansiedade, houve uma prevalência total significativa entre as mulheres inférteis (Drosdzol & Violetta, 2009). De acordo com os autores, a depressão tem uma relação significativa com a causa da infertilidade, duração da problemática, nível educacional e actividade laboral da mulher. Por outro lado, a ansiedade tem uma relação significativa com a duração da infertilidade e o nível educacional (Ramezanzadeh et al., 2004).

Verhaak, Smeenk, Minnen, Kremer e Kraaimaat (2005), através de um estudo longitudinal, concluíram que mulheres inférteis apresentam mais ansiedade e depressão após um tratamento com insucesso, diminuindo esses valores após um tratamento bem-sucedido. Os parceiros destas mulheres que puderam ser observados não apresentaram diferenças perante o insucesso ou sucesso dos tratamentos.

Os casais inférteis, durante todo o processo, são submetidos a diversos tratamentos, sendo estes uma fonte de níveis significativos de stress. O impacto psicológico dos tratamentos médicos é considerado pelos casais como o aspecto emocional mais stressante (Verhaak et al., 2005).

Vários estudos consideraram que o stress relativo à infertilidade tem um efeito directo e indirecto no resultado do tratamento. Boivin e Schmidt (2005) mencionaram que o stress relativo ao problema de infertilidade está associado a um resultado menos bem-sucedido no tratamento da infertilidade. A origem desse stress é referida como um dos factores que influencia o resultado do tratamento. Particularmente, o stress relativo ao problema de infertilidade resultante de domínios pessoais ou conjugais mostrava uma maior associação com o resultado do tratamento, do que o stress originado pelo domínio social.

Para a maioria dos casais, um tratamento FIV ou ICSI mal sucedido pode significar o fim dos tratamentos médicos; assim, este tratamento passa a ser visto como um problema stressante multidimensional (Ramazanzadeh et al., 2009). Segundo o estudo realizado por Berg e Wilson (1991), durante o primeiro ano de tratamentos, os traços emocionais estão moderadamente elevados, retomando níveis normais durante o segundo. Contudo, voltam a aumentar no decorrer do terceiro ano. Paralelamente, os índices de ajustamento marital e satisfação conjugal são estáveis durante o primeiro e segundo anos, deteriorando-se no terceiro ano de tratamento. Perante estes resultados, os autores concluíram que as fases de tratamento influenciam o funcionamento psicológico em casais que têm assistência médica, estando estes associados a diferentes níveis de stress e, conseqüentemente, a diferentes respostas emocionais.

Um estudo relacionou a congruência entre a percepção do parceiro quanto ao stress relativo à infertilidade e a sua relação com o ajustamento conjugal e depressão. Os autores concluíram que mulheres e homens em casais que percebiam os mesmos níveis de stress de infertilidade social relatavam níveis mais elevados de ajustamento conjugal quando comparados com casais onde os elementos percebiam o stress de forma diferente (Peterson, Newton & Rosen, 2003).

Daniluk e Tench (2007) encontraram vários factores consistentemente relacionados com um pior ajustamento à infertilidade após uma intervenção médica com insucesso, sendo esses: mais sintomas de sofrimento psicológico, menos satisfação conjugal, menos satisfação sexual, menos satisfação com a vida e baixa auto-estima. Ou seja, estas características associam-se a um desajustamento do casal quando este é confrontado com uma situação de insucesso subsequente a tratamentos de infertilidade.

Quando um casal realiza um tratamento FIV bem-sucedido, os sentimentos negativos relativos à infertilidade não são facilmente ultrapassados, ou seja, após o nascimento do bebé, a anterior incapacidade de engravidar continua a afectar as emoções destes casais (Hjelmstedt, Widström, Wramsby & Collins, 2004). Contudo, nesta investigação, ambos os grupos (pais-FIV e pais-não FIV) mostraram níveis de stress relativos à parentalidade semelhantes e uma diminuição da satisfação conjugal.

Tendo em conta estes resultados, e apesar de mulheres e homens experimentarem culpa e problemas sexuais semelhantes, ficam afectados de forma diferente pela experiência, sendo importante notar que o modo como percebem estas diferenças influenciará, certamente, a sua capacidade de adaptação (Lee & Sun, 2000). Assim, é relevante salientar que a vivência da infertilidade vai ser diferente de indivíduo para indivíduo, variando em função do sexo, personalidade, cultura, história pessoal e familiar e da importância de que se encontra investido o futuro filho (Faria, 2001).

1.1.3 Diferenças de géneros: infertilidade Feminina e infertilidade Masculina

Durante muitos anos, a maioria dos estudos realizados na área da infertilidade concentraram-se apenas nas diferenças psicológicas entre mulheres inférteis e mulheres férteis (Ramazanzadeh et al., 2009). Só muito recentemente se considerou a infertilidade masculina, sabendo-se hoje que cerca de 40% dos factores em causa podem ser atribuídos à mulher, 40% ao homem e 20% serão mistos dos quais cerca de metade serão de causa desconhecida (Faria, 2001). Perante esta situação, e sendo a infertilidade uma problemática que afecta o casal, a infertilidade feminina e a infertilidade masculina não deveriam ser consideradas em separado (Remoaldo et al., 2002), envolvendo ambas uma reorganização individual e conjugal (Faria, 2001; Callan, 1987; Couto, 2011).

Desta forma, se a infertilidade é complicada para a mulher, para o homem não o será menos, tanto mais que um homem não só vive o seu “drama pessoal” como impede a companheira de concretizar o desejo (Faria, 2001). Para a mulher, a aceitação da infertilidade é um fardo que terá de carregar ao longo de várias gerações. Contudo, consegue assumi-lo mais facilmente. Para o homem, esta situação é muito mais difícil de aceitar, sendo, muitas vezes, associada à perda de masculinidade com interferência na sexualidade do casal (Remoaldo et al., 2002).

Noorbala et al. (2007, cit por Ramazanzadeh et al., 2009) estudaram as diferenças entre géneros através da prevalência da depressão e o efeito de intervenções psiquiátricas sobre a taxa de depressão em 638 casais inférteis, concluindo que 48% das mulheres e 23,8% dos homens sofriam de vários graus de depressão. Entre os 48% das mulheres,

30% sofriam de uma depressão ligeira, 12,5% de uma depressão moderada e 5,3% de uma depressão grave. Nos 23,8% dos homens, 16,6% sofriam de uma depressão ligeira, 4,7% de uma taxa moderada e 2,5% de uma depressão grave. Desta forma, verificaram que as mulheres sofrem de maiores níveis de depressão que os homens.

A prevalência de distúrbios psiquiátricos também foi avaliada em casais inférteis que se encontravam a realizar tratamentos FIV. Qualquer diagnóstico psiquiátrico estava presente em 30,8% das mulheres e em 10,2% dos homens, sendo os distúrbios de humor os mais comuns, principalmente nas mulheres (Volgsten, Svanberg, Ekselius, Lundkvist & Poromaa, 2008). Contudo, importa salientar que os casais inférteis que realizam tratamentos (sobretudo as mulheres) estão sujeitos a maiores alterações hormonais que poderão, consequentemente, explicar estes valores elevados nos distúrbios de humor.

As diferenças entre géneros foram também exploradas, nomeadamente, no efeito da comunicação conjugal e na abordagem de infertilidade utilizada. As mulheres demonstraram um maior desejo de terem filhos, estavam mais envolvidas em concretizá-lo, estavam mais motivadas em falar sobre este projecto com os seus companheiros e experienciaram maior perda de auto-estima do que estes últimos. Perante isto, os autores concluíram que aumentar o interesse do marido e o envolvimento deste em tratamentos de fertilidade pode levar a mudanças positivas na comunicação do casal sobre infertilidade e pode levar a que os efeitos da infertilidade sobre o casamento sejam mais positivos (Pasch, Shetter & Christensen, 2002).

Num estudo recente, os autores concluíram que as mulheres evidenciaram mais distress psicopatológico que os homens sobre múltiplos domínios de sintomas: psicopatologia geral, ansiedade, depressão e auto-estima (Kissi et al., 2013). Contrariamente, Tuzer et al. (2010) não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres no que diz respeito à frequência de sintomas depressivos. Contudo, enfatizaram que, independentemente da causa da infertilidade, as mulheres são geralmente sujeitas a intervenções mais invasivas, em comparação com os homens, durante os tratamentos médicos. Neste sentido, as mulheres podem ser propensas a

reações emocionais, como por exemplo, ansiedade e depressão, devido aos efeitos adversos dos tratamentos.

As diferenças entre as vivências da infertilidade entre o homem e a mulher também se reflectem nas estratégias de coping que utilizam. Neste sentido, as mulheres tendem a utilizar mais estratégias de coping focadas nos aspectos emocionais; por outro lado, os homens recorrem a estratégias direccionadas para o problema (Jordan & Revenson, 1999).

1.1.4. Diferenças entre diagnósticos: factor feminino, masculino, misto e inexplicável

O desenvolvimento da técnica de injeção intracitoplasmática (ICSI) representou um passo muito importante para permitir que os homens inférteis fossem pais biológicos. Antes da introdução dessa técnica, muitos estudos indicavam que os homens com factor masculino de infertilidade experienciavam mais respostas emocionais negativas do que os homens em casais com outros factores de infertilidade (Holter, Anderheim, Bergh & Moller, 2007). Por exemplo, Nachtigall, Becker e Wozny (1992) descobriram que os homens com factor masculino de infertilidade experienciavam mais respostas emocionais do que os homens sem esse factor. Quanto às mulheres, estes autores não encontraram diferenças entre as respostas emocionais de infertilidade das pacientes com factor masculino e das pacientes com factor feminino.

Wright et al. (1991) concluíram que as mulheres tendem a estar mais stressadas pela experiência de infertilidade e tratamentos médicos, mesmo quando o factor de infertilidade não lhes seja atribuído ou ambíguo.

Estudos mais recentes realizados após a introdução da ICSI encontraram menos distress psicológico em relação à infertilidade (Holter et al., 2007). É o caso do estudo longitudinal realizado por Pook e Krause (2005) cujo objectivo era analisar se existiam diferenças associadas às experiências de tratamentos específicos. Não foi encontrado nenhum padrão uniforme de distress. Contudo, as interações significativas entre experiências de tratamentos específicos indicaram que o distress aumentava

significativamente apenas para homens que estavam em tratamentos há mais de 17 meses e que experienciavam o insucesso do tratamento entre a primeira e a segunda avaliação psicológica. Para o diagnóstico masculino de infertilidade, não foi encontrado um impacto quer directo quer indirecto.

Muitos estudos focaram-se no modo como o diagnóstico do factor de infertilidade afecta psicologicamente os homens e as mulheres (Lee, Sun & Chao, 2001). Drosdzol e Violetta (2009) salientaram que, entre mulheres inférteis, a depressão ocorre mais frequentemente quando estas são diagnosticadas com factor misto de infertilidade, enquanto nos homens, quando existia um diagnóstico de factor masculino e uma duração desta experiência entre os 3 e os 6 anos, os sintomas de depressão surgiam e agravavam-se.

Lee et al. (2001) estudaram as diferenças entre distress, satisfação sexual e conjugal em homens e mulheres com base no diagnóstico de infertilidade. Segundo as autoras, apenas as mulheres com factor feminino de infertilidade expressam mais distress e culpa que os seus companheiros. Ao mesmo tempo, mulheres com diagnóstico de factor masculino, misto ou inexplicável não evidenciaram diferenças quanto ao distress, culpa e sexualidade.

Quando se exploram as vivências dos casais inférteis, é sempre relevante considerar os impactos sociais e o contexto sociocultural, mesmo se estamos a avaliar as diferenças entre diagnósticos. Um estudo quantitativo com casais inférteis sul-africanos mostrou que as diferenças entre tradições religiosas moldavam a experiência da infertilidade (Sewpaul, 1999; cit. por Greil, Blevins & Mac Quillan, 2009). Nos Camarões, a experiência de infertilidade é vulnerável ao contexto político, onde as mulheres inférteis sentem um estado de enfraquecimento que não lhes permite protegerem-se face a práticas de tipo supersticioso (Feldman-Savelsberg, 2002, cit. por Greil et al., 2009). Por outro lado, as mulheres egípcias carregam o fardo da infertilidade, mesmo quando há conhecimento de uma causa masculina (Inhorn, 200, cit. por Greil et al., 2009).

Baluch, Nasser e Aghssa (1998) realizaram um estudo com homens Iranianos, dividindo-os em três subgrupos: com factor de infertilidade feminino, com factor masculino e sem factor de infertilidade. Os inventários foram aplicados numa fase pré e pós-diagnóstico. Os resultados mostraram valores de ansiedade significativa para os dois grupos clínicos em ambas as fases de recolha. Os resultados de depressão tendem a aumentar significativamente para o grupo com factor masculino durante a fase dos tratamentos. Existe, também, um aumento do isolamento social para este grupo numa fase pós-diagnóstico. Outro estudo realizado com a mesma população demonstrou que os homens inférteis apresentavam níveis elevados de depressão (Ahmadi, Montaser-Kouhsari, Nowroozi & Bazargan-Hejazi, 2011). Tendo em conta estes resultados, importa salientar a relevância dos factores socioculturais, tendo a infertilidade um maior impacto nestes indivíduos. Assim, podemos referir que as respostas emocionais dos homens relacionam-se com o modo como estes tratam a sua masculinidade e o seu papel na sociedade (Holter et al., 2007). Por outro lado, o nível de escolaridade também se evidenciou como um factor relevante para o modo como o indivíduo experienciará esta problemática (Drosdzol & Violetta, 2009; Donkor & Sandall, 2007; Ahmadi et al., 2011).

O diagnóstico, segundo vários autores, poderá não exercer qualquer influência/impacto sobre a vivência do casal quanto à problemática da infertilidade. Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard e Verres (2001) verificaram que, comparando casais inférteis com diferentes diagnósticos, não existem diferenças nas variáveis psicológicas. Outro estudo concluiu que o diagnóstico de infertilidade não influenciou negativamente os homens em casais que iniciavam o seu primeiro tratamento FIV ou ICSI, mais especificamente, no modo como estes vivem a sua experiência de infertilidade, a sua visão da vida, relacionamento e bem-estar psicológico. Ou seja, homens com diagnóstico masculino de infertilidade reagem da mesma forma quando comparados com homens em casais que foram diagnosticados com factor feminino, misto ou desconhecido de infertilidade (Holter et al., 2007).

Melo et al. (2006) estudaram as diferenças dos valores de depressão, ansiedade e stress entre homens com infertilidade masculina e mulheres com infertilidade feminina. Segundo as autoras, os níveis de depressão eram mais elevados entre os homens e os de ansiedade e stress eram mais elevados entre as mulheres. Contudo, salientaram que a ansiedade se devia sobretudo à crise de infertilidade em geral e não ao factor causal da mesma. Neste sentido, não são as diferentes causas que potenciam os diferentes valores de depressão, ansiedade e stress entre os sujeitos.

A infertilidade, de acordo com Melo et al. (2006) é vivenciada, cada vez mais, pelos sujeitos como um problema do casal e não daquele sobre o qual recai a causa da infertilidade. Existe, assim, uma suavização das diferenças, tendendo para uma homogeneidade de sentimentos entre os membros dos casais inférteis, independentemente da causa da infertilidade.

1.2. Satisfação Conjugal, Auto-eficácia na Infertilidade, Consciência de Estigma e Auto-estima Global

1.2.1. Satisfação Conjugal

A problemática da infertilidade tem impacto, não só no indivíduo, mas também na dinâmica conjugal, tendo esta um papel importante na génese e na vivência da infertilidade (Faria, 2001). Consequentemente, a infertilidade está habitualmente associada a problemas conjugais e conflitos (Ramazanzadeh et al., 2009), não se podendo negar que esta problemática seja uma experiência profundamente perturbadora para muitos casais (Ramezanzadeh et al., 2004).

A satisfação conjugal pode ser definida como a avaliação pessoal e subjectiva da conjugalidade, quer em relação ao amor, quer em relação ao funcionamento do conjugal (Thompon, 1988, cit por Narciso & Costa, 1996). Contudo é um construto complexo na sua definição, devendo-se essa complexidade ao facto de englobar diferentes variáveis, desde características de personalidade dos cônjuges e as experiências que estes trazem das suas famílias de origem até ao modo como constroem um relacionamento a dois (Wagner & Falcke, 2001).

Muitos estudos realizados em casais inférteis mostram que as maiores decepções ocorrem no que diz respeito aos próprios indivíduos e às suas relações. Desta forma, o stress causado pela infertilidade terá uma influência directa nos problemas conjugais (Ramazanzadeh et al., 2009). Segundo Drosdzol e Skrzypuler (2009), existem factores de risco que contribuem negativamente para a diminuição da satisfação conjugal, sendo esses: a) género feminino; b) idade superior a 30 anos; c) nível de educação baixo; d) diagnóstico de factor masculino de infertilidade e e) duração da infertilidade entre os três e os seis anos.

Nos casais cujo ajustamento sexual prévio à infertilidade é ténue, os tratamentos de infertilidade parecem exercer um impacto negativo sobre a responsividade sexual, desempenho e prazer. Durante a fase activa dos tratamentos de infertilidade, tanto homens como mulheres relatam que a sua vida sexual é regida pelas limitações do tratamento, onde a frequência sexual e envolvimento são determinados pelo calendário (Leiblum, Aviv & Hamer, 1998).

De um modo geral, a sexualidade do casal fica afectada, uma vez que se torna apenas um acto com um objectivo muito particular, a obtenção de uma gravidez, levando a uma diminuição da satisfação (Couto, 2011). Perante esta situação, existem problemas sexuais comumente associados à infertilidade. Os homens sofrem perda do desejo sexual, com consequente: diminuição da actividade sexual, problemas de erecção e ejaculação precoce. Esta última pode resultar numa diminuição ou ausência da resposta ejaculatória, podendo mesmo ocorrer uma ejaculação antes da penetração e/ou ejaculação adiada, reflectindo-se numa dificuldade em ejacular no momento adequado. Para a mulheres ocorre perda de desejo sexual, vaginismo, dispareunia e anorgasmia (Read, 1999). Assim, o stress causado pela infertilidade terá um efeito directo nos problemas conjugais e isso diminuirá a auto-estima sexual, satisfação sexual e frequência das relações (Ramazanzadeh et al., 2009).

A satisfação conjugal, tendo em conta outros estudos realizados, poderá não sofrer alterações devido à infertilidade, possibilitando ao casal, através da vivência desta problemática, um crescimento e maturação conjugal. Drosdzol e Skrzypuler (2009b),

concluindo que as mulheres inférteis evidenciaram uma melhor relação conjugal, quando comparadas com mulheres férteis. De acordo com Repokari et al. (2007), não existem diferenças entre casais que realizam técnicas de reprodução assistida bem-sucedidas e casais que engravidaram espontaneamente quanto à satisfação conjugal. Tendo em conta estes resultados, os autores concluíram que estas técnicas não constituem um risco para o ajustamento conjugal, acrescentando que o stress partilhado entre os elementos do casal pode ajudar à estabilidade das relações conjugais.

Leiblum, Kemmann e Lane (1987, cit por Leal & Pereira, 2005) afirmaram que alguns casais inférteis sentem que a experiência da infertilidade contribuiu para um aumento da comunicação, proximidade e sensibilidade face ao outro, com as mulheres a sentirem um maior intimidade e satisfação conjugal.

As questões sociais, psicológicas e relativas à infertilidade, tal como o género, podem ser relevantes para a determinação do impacto da infertilidade sobre as relações conjugais.

Lee e Sun (2000) salientaram que, na Europa, Canadá e Estados Unidos da América, as respostas de maridos inférteis eram diferentes das suas esposas, nomeadamente na auto-imagem, ajustamento conjugal e relação sexual. Neste sentido, as autoras mostraram que os homens apresentavam maiores níveis de satisfação conjugal e sexual que as mulheres.

Com base no diagnóstico de infertilidade, Lee et al. (2001) verificaram que não existem diferenças entre homem e mulher, quanto à satisfação conjugal, com diagnóstico misto ou inexplicável de infertilidade.

Segundo Smith et al. (2009), os homens em casais com diagnóstico de factor masculino de infertilidade têm níveis inferiores de qualidade de vida, sexual e pessoal, quando comparados com homens em casais sem esse factor de infertilidade.

1.2.2. Auto-eficácia na infertilidade

A auto-eficácia é um conceito fundamental na saúde mental, mostrando bastante relevância na forma como um indivíduo experimenta e lida com a infertilidade. Este conceito é definido como a percepção da capacidade e confiança para promover actividades de saúde ou atitudes próximas destes comportamentos (Cousineau et al., 2006).

A auto-eficácia tem sido alvo de vários estudos, principalmente quanto à sua relação com o stress, percepção global do stress e estratégias de coping, demonstrando que existe uma correlação negativa entre auto-eficácia e stress relativo à infertilidade e percepção global do stress. Por outro lado, a auto-eficácia correlaciona-se positivamente com a reavaliação positiva, autocontrolo e coping de distanciamento (Cousineau et al., 2006, cit. por Justo, Vieira & Costa, 2010). Assim, pode-se referir que as estratégias de coping são um recurso da auto-eficácia (Vieira, 2009).

Outro estudo realizado pelo mesmo autor desenvolveu e testou a eficácia de um programa de apoio e educação breve on-line em mulheres inférteis. Nesse programa, as mulheres que foram expostas ao mesmo melhoraram significativamente nas áreas de preocupações sociais relativas ao distress da infertilidade e mostraram-se mais informadas sobre a decisão médica proposta. Consequentemente, foram observadas tendências para uma diminuição do stress global e específico e também do stress relativo às preocupações sexuais bem como um aumento da auto-eficácia, resultando numa maior clareza da decisão (Cousineau et al., 2010).

1.2.3. Consciência de Estigma

Greil (1997, 2010) mencionou que, apesar de os estudos não encontrarem diferenças significativas entre população infértil e a população no seu geral, é importante avaliar o impacto social da infertilidade.

Um estigma é definido como um sentimento negativo associado a uma diferença social, isto é, a pessoa estigmatizada autopercepciona-se fora da norma socialmente definida;

portanto, trata-se de uma vivência profundamente desacreditante e desvalorizante para o indivíduo (Goffman, 1988). Por sua vez, a consciência de estigma define-se como a expectativa ou o quanto se espera ser estereotipado pelos outros, sendo que se emprega a qualquer indivíduo que seja membro de um grupo onde existam julgamentos e discriminação (Pinel, 1999).

Os factores psicossociais, tais como as avaliações cognitivas, foram identificados como relevantes na influência do estado emocional e percepção do apoio social, estando também associados à qualidade de vida global para homens e mulheres, e ao sofrimento emocional em mulheres com problemas de infertilidade (Slade, Neil, Simpson & Lashen, 2007).

Slade et al. (2007) verificaram que as mulheres inférteis, quando comparadas com homens inférteis, apresentam níveis mais elevados de estigma e de partilha. Estes autores mencionaram ainda que, para as mulheres, não existe uma relação entre estigma e partilha, contrariamente aos homens onde níveis mais elevados de estigma se associam a níveis mais baixos de partilha. Apesar disso, para ambos, a percepção de estigma relaciona-se com um baixo apoio social. Sumariamente, uma maior percepção de estigma leva a uma diminuição da divulgação do problema aos outros, resultando numa diminuição do apoio social, o que leva a aumentar os níveis de distress.

Um estudo realizado com mulheres inférteis naturais do Sul do Gana mostrou que 64% entre estas se sentem estigmatizadas. Consequentemente, evidenciou-se que níveis mais elevados de percepção de estigma se relacionavam com níveis mais elevados de stress relativo à infertilidade; porém, quanto maior o nível educacional, menores eram os níveis de stress (Donkor & Sandall, 2007).

Nachtigall, Quiroga, Tschann et al. (1997, cit por Burn & Convington, 2006) evidenciaram que o diagnóstico de infertilidade aparece como um factor importante para o ajustamento psicológico do homem na infertilidade. Os homens com diagnóstico masculino de infertilidade revelaram mais sentimentos de estigma, perda e pobreza de auto-estima.

1.2.4. Auto-estima global

A auto-estima é a componente afectiva do autoconceito (Burges, 2006 cit. por Menezes, 2008), definindo-se como a avaliação que o indivíduo faz da sua auto-imagem, das suas capacidades e das emoções que daí advêm, podendo dividir-se em auto-estima global e auto-estima específica. A auto-estima global consiste numa avaliação global que o indivíduo faz de si próprio (Menezes, 2008).

A auto-estima é um recurso pessoal fundamental que é central para a sensação de bem-estar dos indivíduos (Abbey, Andrews & Halman, 1992), tornando-se um tema muito comum na literatura sobre infertilidade, no que diz respeito aos efeitos negativos desta problemática na auto-estima dos indivíduos. Muller, Schilling e Haidl (1999) salientaram que o diagnóstico de infertilidade é frequentemente percebido como psicologicamente stressante, levando a mudanças negativas no autoconceito e auto-estima.

A infertilidade é o acontecimento de vida que mais efeitos destrutivos tem no bem-estar subjectivo da mulher e do homem, em simultâneo (Abbey et al., 1992). A depressão entre estes casais tem sido fonte de muitos aspectos psicológicos que, por sua vez, podem originar distúrbios da fertilidade, nomeadamente, a baixa auto-estima e falta de autoconfiança (Drosdzt & Violetta, 2009).

Um casal que é confrontado, num curto espaço de tempo, com uma sequência de tratamentos FIV com insucesso apresenta um aumento de sentimentos depressivos, uma baixa de auto-estima, uma intensificação da ansiedade, tal como, no distress conjugal e sentimentos de perda de controlo (Leiblum et al., 1998).

1.3. Infertilidade, Satisfação Conjugal, Auto-eficácia na infertilidade, Consciência de Estigma e Auto-estima Global

Alguns casais inférteis apresentam capacidade de comunicar sobre os seus problemas de fertilidade e uma participação activa no processo de tratamento, resultando assim num aumento do apoio emocional, sentimentos de compromisso e lealdade, contribuindo para um aumento da intimidade emocional dentro do casal (Drosdzol & Skrzypuler, 2009b).

Outros casais, não apresentam essas características benéficas para lidar com o impacto da infertilidade, resultando num aumento de efeitos negativos. De acordo com Slade et al., (2007), uma maior percepção de estigma leva a uma diminuição da divulgação do problema aos outros, resultando numa diminuição do apoio social e, consequentemente, num aumento dos níveis de distress. Os autores acrescentaram que o apoio social se relaciona negativamente com a ansiedade e a depressão e positivamente com a satisfação conjugal. Ou seja, quando o apoio social aumenta, a satisfação conjugal também aumenta e a ansiedade e a depressão diminuem. Nesse sentido, existe uma relação com o estigma, sendo que quanto menos estigmatizados os casais se sentirem, maior apoio social perceberão e, consequentemente, melhores níveis de satisfação conjugal.

Num estudo realizado por Justo et al. (2010) verificou-se que existe uma correlação negativa e significativa entre consciência de estigma e auto-eficácia, tanto em homens como em mulheres inférteis. Quando comparadas com os homens, as mulheres inférteis apresentam níveis significativamente mais elevados de consciência de estigma e significativamente mais baixos de auto-eficácia.

Os problemas de fertilidade e insatisfação com o relacionamento conjugal são considerados factores de risco para o desenvolvimento de níveis mais elevados de ansiedade e depressão. Por outro lado, a aceitação dos problemas de fertilidade e do apoio social percebido constituem-se como factores de protecção para o

desenvolvimento de níveis mais elevados de ansiedade e depressão (Verhaak et al., 2005; Couto, 2011).

A “crise de infertilidade” nunca é completamente resolvida e o desejo de paternidade pode ser facilmente reacendido com as novas técnicas de reprodução medicamente assistida. É notável o facto de muitos casais persistirem na busca da paternidade biológica, mesmo depois de três ou mais tratamentos sem sucesso, procurando outros programas de infertilidade. Esta procura é reforçada pelo aumento, cada vez maior, de técnicas de reprodução medicamente assistida, que possibilita a vários casais concretizarem o seu desejo da parentalidade. Perante esta situação, cabe aos especialistas da infertilidade serem responsáveis pelo que prometem, já que a população infértil aumenta progressivamente, tornando-se um público muito motivado, mas também muito susceptível a práticas inescrupulosas e excessivamente optimistas (Leiblum et al., 1998).

Vários estudos têm mostrado os efeitos benéficos de tratamentos psicológicos e psiquiátricos, não só na adaptação a tratamentos com insucesso, mas também na contribuição para uma gravidez bem-sucedida (Ramazanzadeh et al., 2009).

A ajuda profissional em infertilidade pode ajudar a melhorar o processo de aceitação de uma situação de insucesso, discutindo os problemas de infertilidade dos casais para que estes possam lidar de uma forma mais ajustada com o insucesso (Ramazanzadeh et al., 2009). Contudo, deve-se ter sempre em conta, tanto as necessidades psicológicas e emocionais, como as necessidades médicas (Boivin, et al., 2001).

2. Objectivos e Hipóteses

2.1. Objectivos de investigação

A infertilidade comporta uma dimensão física, uma dimensão psíquica ou emocional mas também uma dimensão sociocultural (Faria, 2001). Neste sentido, os vários estudos realizados sobre a problemática da infertilidade avaliam diferentes dimensões que poderão ser influenciadas por esta questão. Contudo, e sendo a infertilidade algo que afecta várias dimensões, existe uma necessidade de conjugá-las num só estudo, ou seja, algo que abarque tanto dimensões emocionais, como conjugais e socioculturais.

Este estudo tem dois objectivos principais. Em primeiro lugar, avaliar o impacto do género do portador do factor de infertilidade em casais inférteis com etiologia individualizada, relativamente à satisfação conjugal, consciência de estigma, auto-estima global e auto-eficácia na infertilidade. Ou seja, pretende-se estudar estas variáveis em função do factor de infertilidade ser atribuível ao elemento feminino, ou ao masculino. Outro objectivo é avaliar o impacto da diferenciação/indiferenciação do portador do factor de infertilidade relativamente ao sofrimento psicológico já anteriormente enunciado. Quer dizer, pretende-se estudar as referidas variáveis em função de o factor de infertilidade ser individualizado ou, pelo contrário, ser localizado em ambos os elementos do casal ou em nenhum deles. Tendo em conta estes objectivos, a questão de partida que orientará esta investigação é a seguinte: “Será que a satisfação conjugal, a auto-eficácia na infertilidade, a consciência de estigma e a auto-estima global variam de acordo com o género do portador do factor de infertilidade e com a diferenciação/indiferenciação do portador do factor de infertilidade?”.

2.2. Hipóteses Gerais de estudo

2.2.1. Hipótese Geral 1

A primeira hipótese que se coloca, neste estudo, é que a variável género do portador do factor de infertilidade dá um contributo significativo para explicar a variância do sofrimento psicológico em casais inférteis.

2.2.2. Hipótese Geral 2

Outra hipótese que iremos investigar é que a variável portador diferenciado/indiferenciado do factor de infertilidade dá um contributo significativo para explicar a variância do sofrimento psicológico em casais inférteis.

3. Metodologia

3.1. Definição das variáveis

As variáveis que compõem esta investigação são as seguintes: a) variáveis independentes - género do portador do factor de infertilidade e diferenciação/indiferenciação do portador do factor de infertilidade; b) variáveis dependentes - satisfação conjugal, auto-eficácia na infertilidade, consciência de estigma e auto-estima global e c) variáveis a controlar - idade, sexo, escolaridade, estatuto laboral, profissão, religião, nível socioeconómico, estatuto conjugal, existência de filhos anteriores ao diagnóstico, existência de filhos de outras relações, há quanto tempo se está a tentar engravidar, há quanto tempo se recebeu o diagnóstico, há quanto tempo se frequentam as consultas, natureza da infertilidade, tratamentos iniciados e natureza dos mesmos.

3.2. Operacionalização das Variáveis

A operacionalização das variáveis independentes será feita com recurso ao Questionário Sociodemográfico e Clínico, o qual permitirá apurar o género do portador do factor de infertilidade e diferenciação/indiferenciação do mesmo.

A operacionalização da variável dependente satisfação conjugal será feita através da utilização da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC; Narciso & Costa, 1996). A variável dependente auto-eficácia na infertilidade será operacionalizada através da Escala de Auto-Eficácia na Infertilidade (Cousineau et al., 2006; adaptação Portuguesa de Silva, Justo & Costa, 2009). A variável dependente consciência de estigma será operacionalizada através do Questionário de Consciência de Estigma (Slade, et al., 2007; adaptação Portuguesa de Silva, Justo & Costa, 2009). A variável dependente auto-estima global será operacionalizada através do Questionário de Auto-Estima Global (Rosenberg, 1989; adaptação Portuguesa de Faria, 2000). Para operacionalizar as variáveis sociodemográficas e clínicas será utilizado um questionário sociodemográfico e clínico concebido especificamente para esta investigação.

3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

De modo a operacionalizar as variáveis independentes, tal como as variáveis a controlar, foi construído um questionário que respeitava às seguintes questões: idade, sexo, escolaridade, estatuto laboral, profissão, religião, estatuto socioeconómico (Graffar, 1956), estatuto conjugal, número de anos de vivência conjugal, número de relacionamentos anteriores, existência de filhos anteriores ao diagnóstico (se sim, quantos), existência de filhos desta relação, existência de filhos de outras relações, há quanto tempo se tenta engravidar, há quanto tempo se recebeu o diagnóstico, há quanto tempo se frequentam as consultas, género do portador do factor de infertilidade, natureza da infertilidade, tratamentos realizados e natureza dos mesmos.

3.2.2. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)

A operacionalização da variável dependente intitulada de Satisfação Conjugal será feita através da utilização da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC). Esta escala foi desenvolvida por Narciso e Costa (1996) com o objectivo de avaliar a satisfação em áreas da vida conjugal entre indivíduos casados ou em união de facto. Este instrumento é aplicado separadamente a cada elemento do casal e a aplicação tem a duração de cerca de 10 minutos. A escala é composta por 44 itens, correspondentes a duas dimensões principais da vida conjugal: Amor e Funcionamento Conjugal. A dimensão Amor define-se pelo sentimento que cada elemento do casal nutre pelo outro e/ou pela relação (Sternberg & Barnes, 1988, cit por Narciso & Costa, 1996), encontrando-se subdividida em cinco áreas: 1) Sentimentos e Expressão dos sentimentos – definindo-se como o sentimento que cada um nutre pelo outro, modo como expressam esse sentimento e admiração que sentem pelo companheiro; 2) Sexualidade – definindo-se como frequência e qualidade das relações sexuais, desejo sexual pelo companheiro e prazer que sentem nas relações sexuais; 3) Intimidade Emocional – definindo-se pelo apoio emocional e confiança mútua, partilha de

interesses e actividades e atenção que cada elemento dedica ao outro; 4) Continuidade da Relação – definindo-se pelo projecto para o futuro e expectativas de cada elemento quanto ao futuro da relação e 5) Características Físicas e Psicológicas – definindo-se pela opinião que cada elemento tem sobre o aspecto físico, características e hábito do outro. A dimensão Funcionamento Conjugal define-se pelo modo como o casal organiza e regula as relações no subsistema conjugal e/ou família, assim como, as relações com o sistema extrafamiliar. Esta dimensão encontra-se subdividida em cinco áreas: 1) Funções – caracterizada pela gestão financeira, tarefas domésticas, decisões e responsabilidades; 2) Tempo Livres – nomeadamente quanto à sua qualidade e quantidade; 3) Autonomia/Privacidade – corresponde à autonomia e privacidade de cada elemento do casal; 4) Comunicação e Conflitos – caracteriza-se pela frequência, qualidade e tema de diálogo, frequência de conflitos e modo de resolução dos mesmos; e 5) Relações extrafamiliares – caracteriza-se pelas relações com os amigos, com a família de origem de cada elemento do casal e a relação com a profissão de cada um. Do total dos itens da escala, 16 apresentam zonas da vida conjugal cujo foco é o casal (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 25, 28, 35 e 38), 14 apresentam zonas da vida conjugal cujo foco é o outro (8, 11, 13, 20, 22, 24, 27, 30, 32, 34, 37, 40, 42 e 44) e 14 apresentam zonas da vida conjugal cujo foco é o próprio (9, 10, 12, 19, 21, 23, 26, 29, 31, 33, 36, 39, 41 e 43) (Narciso & Costa, 1996).

As respostas a cada um dos itens desta escala são feitas através de uma escala Likert de seis pontos, permitindo que cada elemento do casal avalie a sua satisfação entre: Nada Satisfeito (1), Pouco Satisfeito (2), Razoavelmente Satisfeito (3), Satisfeito (4), Muito Satisfeito (5) e Completamente Satisfeito (6) (Narciso & Costa, 1996).

Seguindo as instruções mais recentes da primeira autora, temos as seguintes subescalas, bem como os itens que as compõem e o respectivo valor de consistência interna: a) Intimidade Emocional (IE, itens 19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44 e $\alpha = .96$); b) Sexualidade (S, itens 23, 24, 25, 26, 27, 28 e $\alpha = .93$); c) Comunicação/Conflito (CC, itens 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22 e $\alpha = .91$); d) Funções Familiares (FF, itens 1, 2, 3, 4 e $\alpha = .84$); e) Rede Social (RS, itens 7, 8, 9 e $\alpha = .73$); f)

Autonomia (A, itens 10, 11, 12, 13 e $\alpha = .82$); g) Tempos Livres (TL, itens 5, 6 e $\alpha = .70$) e h) Satisfação Conjugal Global (SCG, todos os itens da escala e $\alpha = 0.97$). Na nossa amostra, no que diz respeito aos elementos masculinos, obtivemos os seguintes valores de consistência interna: IE, $\alpha = .942$; S, $\alpha = .925$; CC, $\alpha = .914$; FF, $\alpha = .853$; RS, $\alpha = .816$; A, $\alpha = .844$ e SCG, $\alpha = .969$. E para os elementos femininos da nossa amostra: IE, $\alpha = .952$; S, $\alpha = .924$; CC, $\alpha = .909$; FF, $\alpha = .756$; RS, $\alpha = .586$; A, $\alpha = .810$ e SCG, $\alpha = .966$.

3.2.3. Escala de Auto-Eficácia na Infertilidade (EA EI)

A Infertility Self-Efficacy (Cousineau et al., 2006) foi desenvolvida com o objectivo de avaliar a percepção de auto-regulação cognitiva, afectiva, motivacional e comportamental relativa ao tratamento médico da infertilidade, pretendendo, desta forma, identificar competências para a promoção da saúde subjacente à experiência de infertilidade experienciada no decorrer dos tratamentos. A escala é composta por 16 itens, apresentando um perfil de resposta do tipo Likert que varia entre 1 (nada confiante) e 9 (totalmente confiante). O somatório final é determinado pela soma de todos os itens, variando entre o mínimo de 16 e um máximo de 144, sendo que os valores mais baixos indicam uma menor auto-eficácia e os mais altos uma maior auto-eficácia. Esta escala, quanto à aferição portuguesa, manteve todos os itens iniciais. Apresentou uma boa homogeneidade entre os itens, revelando um α de Cronbach igual a .93 (Vieira, 2009). Na nossa amostra, no que diz respeito aos elementos masculinos, obtivemos o seguinte valor de consistência interna α igual a .946 e, para os elementos femininos, de α igual a .972.

3.2.4. Questionário de Consciência de Estigma (QCE)

A Adapted Stigma Consciousness Questionnaire (Slade et al., 2007) foi desenvolvida para avaliar o grau em que as pessoas esperam ser estigmatizadas e discriminadas pelos outros em geral. Esta escala é composta por 10 itens, tendo sido adaptada para medir a consciência de estigma respeitante aos problemas de infertilidade. O somatório da pontuação varia entre 0 e 54, sendo que resultados mais altos indicam uma maior

consciência de estigma. Esta escala apresenta uma consistência interna aceitável, exibindo um α de Cronbach de .77.

Quanto à aferição para a amostra portuguesa, foi realizada uma análise factorial em componentes principais, utilizando as respostas de 135 indivíduos, tendo sido eliminado o item 9 da escala. Revelou uma boa variabilidade entre os itens da escala. Demonstrou também uma boa consistência interna, com um valor de α igual a .77 (Vieira, 2009). Na nossa amostra, no que diz respeito aos elementos masculinos, obtivemos os seguintes valor de consistência interna de α igual a .734 e, para os elementos femininos, de α igual a .691. Mais se refere que para ambos os elementos não se realizou a eliminação do item 9 da escala.

3.2.5. Questionário de Auto-Estima Global (QAEg)

O Questionário de Auto-Estima Global será utilizado para avaliar a auto-estima global, tendo sido adaptado por Luísa Faria (2000), revelou uma elevada consistência interna (α de Cronbach de .84). Esta escala é composta por 10 itens, sendo que cada item reflecte sentimentos de respeito e aceitação de si próprio. O conjunto de itens está dividido em dois subconjuntos: 5 itens estão enunciados positivamente e os restantes negativamente. Cada resposta enquadra-se numa escala de 6 valores, descrita através de letras (A= Concordo totalmente; B = Concordo; C= Concordo parcialmente; D= Discordo parcialmente; E = Discordo e F= Discordo totalmente). Após a inversão das respostas negativas, a média do total de itens fornece-nos a cotação final da escala, podendo esta variar entre 10 e 60, reflectindo uma alta auto-estima quanto maior for o resultado final. Uma das limitações desta escala é a susceptibilidade dos indivíduos em fornecerem uma resposta socialmente desejável (Adler & Stewart, 2004, cit. por Menezes, 2008). Na nossa amostra, no que diz respeito aos elementos masculinos, obtivemos o seguinte valor de consistência interna de α igual a .855 e, para os elementos femininos, de α igual a .837.

3.3. Hipóteses Específicas

Hipótese Específica 1 – A variável género do portador do factor de infertilidade, mesmo depois de controlados os impactos das variáveis individuais, familiares, conjugais e clínicas, dá um contributo significativo para explicar a variância estatística da satisfação conjugal.

Hipótese Específica 2 - A variável género do portador do factor de infertilidade, mesmo depois de controlados os impactos das variáveis individuais, familiares, conjugais e clínicas, dá um contributo significativo para explicar a variância estatística da auto-eficácia na infertilidade.

Hipótese Específica 3 - A variável género do portador do factor de infertilidade, mesmo depois de controlados os impactos das variáveis individuais, familiares, conjugais e clínicas, dá um contributo significativo para explicar a variância estatística da consciência de estigma.

Hipótese Específica 4 - A variável género do portador do factor de infertilidade, mesmo depois de controlados os impactos das variáveis individuais, familiares, conjugais e clínicas, dá um contributo significativo para explicar a variância estatística da auto-estima global.

Hipótese Específica 5 – A variável portador diferenciado/indiferenciado do factor de infertilidade, mesmo depois de controlados os impactos das variáveis individuais, familiares, conjugais e clínicas, dá um contributo significativo para explicar a variância estatística da satisfação conjugal.

Hipótese Específica 6 – A variável portador diferenciado/indiferenciado do factor de infertilidade, mesmo depois de controlados os impactos das variáveis individuais, familiares, conjugais e clínicas, dá um contributo significativo para explicar a variância estatística da auto-eficácia na infertilidade.

Hipótese Específica 7 – A variável portador diferenciado/indiferenciado do factor de infertilidade, mesmo depois de controlados os impactos das variáveis individuais, familiares, conjugais e clínicas, dá um contributo significativo para explicar a variância estatística da consciência de estigma.

Hipótese Específica 8 - A variável portador diferenciado/indiferenciado do factor de infertilidade, mesmo depois de controlados os impactos das variáveis individuais, familiares, conjugais e clínicas, dá um contributo significativo para explicar a variância estatística da auto-estima global.

3.4. Procedimentos

A amostra desta investigação foi recolhida na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, em Lisboa, no Serviço de Infertilidade (Procriação Medicamente Assistida), mais especificamente na “Consulta de Infertilidade”. O primeiro contacto ocorreu com Directora do Serviço de infertilidade, Dr.^a Graça Pinto, com o objectivo de apresentar a investigação e conhecer a disponibilidade do serviço. Seguidamente, realizou-se um Projecto de Investigação para a Tese de Mestrado Integrado em Psicologia, com adição de vários documentos requeridos pela Comissão de Ética para a Saúde da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Após a aceitação pela entidade atrás referida, o Projecto foi reencaminhado para a Comissão de Ética do Hospital Central de Lisboa. Este foi levado a reunião, aceite e, posteriormente, foi iniciada a recolha da amostra.

Na abordagem aos participantes, a investigadora era apresentada aos casais por uma das enfermeiras do serviço que os conduzia até um gabinete. Inicialmente, eram explicados os objectivos gerais do estudo e procedimentos, conjuntamente com a apresentação da Folha de Informação ao Participante. Após a leitura deste documento, os casais manifestavam o seu intuito ou não de participar na investigação. Caso fosse positivo, assinavam o documento (posteriormente entregue aos participantes) e, em seguida, era solicitada a assinatura do Consentimento Informado.

Posteriormente, a cada elemento do casal, entregavam-se os questionários constituintes do estudo, começando pelo Questionário Sociodemográfico. Em seguida, entregavam-se os restantes questionários: EASAVIC, EAEI, QCE e QAEG.

Importa salientar que, devido ao aumento das consultas e da equipa médica, a possibilidade de uso de um gabinete, muitas vezes não foi possível, o que alterou a abordagem aos casais. Alguns destes foram abordados, pela investigadora, na sala de espera, onde lhes era entregue a Folha de Informação ao Participante e, caso a intenção fosse positiva, eram entregues os restantes questionários.

Os protocolos, na sua totalidade, foram enumerados, atribuindo a cada casal uma designação numérica. Além disso, eram diferenciados os protocolos respondidos pelos dois elementos de cada casal. Desta forma, pretendeu-se garantir a confidencialidade e anonimato dos dados, visto que a identificação dos participantes não se apresenta em nenhum questionário.

3.5. Procedimentos Estatísticos

Os dados obtidos nesta investigação foram introduzidos e analisados através do programa estatístico SPSS (versão 21). De acordo com os objetivos deste estudo, os procedimentos estatísticos consistirão no uso da regressão linear múltipla.

4. Resultados

4.1. Participantes do estudo

A amostra é constituída por 50 casais inférteis. A inclusão destes casais no estudo baseou-se num conjunto de critérios pré-definidos, tais como, presença de ambos os elementos do casal no momento da aplicação dos protocolos e também casais cujo processo de diagnóstico da infertilidade já tinha sido completado. Todos os participantes do estudo frequentavam as “Consultas de Infertilidade” da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Antes de iniciar qualquer tipo de tratamento de infertilidade, os casais são submetidos a um conjunto de exames com o objectivo de avaliar a situação clínica do mesmo, ou seja, trata-se da tentativa de apurar um diagnóstico de infertilidade. Contudo, vários casais já têm conhecimento do diagnóstico, o que não invalida a fase de avaliação. Após essa avaliação, os casais, são integrados numa lista de espera e aguardam até serem contactados pelo serviço para iniciarem os tratamentos. Em média, aguarda-se cerca de um ano. Neste sentido, pretende-se estudar se existem diferenças consoante o diagnóstico de infertilidade nas respostas dos casais.

Os participantes do sexo masculino têm idades compreendidas entre 25 e 54 anos de idade ($M = 36.54$; $DP = 6.33$) e as participantes do sexo feminino entre 23 e 39 anos de idade ($M = 33.14$; $DP = 4.36$). Relativamente à escolaridade dos participantes (Anexos VIII), a maioria finalizou com sucesso, no mínimo, 12 anos de estudo. Tanto os homens ($M = 13.18$; $DP = 3.82$) como as mulheres ($M = 14.24$; $DP = 3.60$) apresentaram entre 7 e 23 anos de escolaridade com sucesso. Neste sentido, as mulheres apresentam um melhor nível de escolaridade, sendo que metade das mulheres tem mais de 12 anos de escolaridade (50%), em comparação com os homens (36%).

Quanto ao estatuto laboral, 88% dos participantes masculinos estão em situação activa e 12% em situação de desemprego. As mulheres apresentam 86% de casos em situação activa e 14% de desemprego. Na Tabela 2 (Anexos VIII), apresentam-se os dados relativos às diferentes profissões, observando-se uma heterogeneidade para ambos os elementos do casal. A profissão mais frequente nos participantes masculinos é a

correspondente à categoria “Técnicos e profissionais de nível intermédio” com 42%. As profissões mais frequentes nas participantes femininas correspondem às categorias “Especialistas das profissões intelectuais e científicas” com 30%, “Pessoal dos serviços e vendedores” com 22% e “Técnicos e profissionais de nível intermédio” com 20%.

No Tabela 3 (Anexos VIII), relativo à religião, pode-se observar que 68% dos participantes masculinos e 82% dos participantes femininos praticam alguma religião, constituindo uma percentagem significativa para ambos os grupos.

Relativamente ao Estatuto Socioeconómico (Tabela 4 - Anexos VIII) e, de acordo com a escala de Graffar, tanto os participantes masculinos como os participantes femininos enquadram-se entre a classe I e III. Contudo, a maioria dos participantes encontra-se na classe II, evidenciando uma homogeneidade entre os dois elementos de cada casal.

Em relação às informações conjugais, 74% dos casais participantes estão casados e 26% vivem em união de facto ou vivem juntos. A duração do relacionamento ($M = 8.2$; $DP = 3.76$) varia entre os 2 anos e os 17 anos, tal como pode ser observado na Tabela 5 (Anexos VIII). Quanto a relações anteriores dos participantes masculinos, 64% ($N = 32$) não tiveram relações anteriores, 18% ($N = 9$) tiveram uma relação anterior, 6% ($N = 3$) tiveram duas relações anteriores e 12% ($N = 6$) tiveram três relações anteriores. Relativamente às mulheres, 64% ($N = 32$) não tiveram relações anteriores, 14% ($N = 7$) tiveram uma relação anterior, 14% ($N = 7$) tiveram duas relações anteriores, 6% ($N = 3$) tiveram três relações anteriores e 2% ($N = 1$) tiveram 4 relações anteriores.

Na Tabela 6 (Anexos VIII) referente aos filhos dos participantes, observa-se que estes têm filhos anteriores ao diagnóstico de infertilidade, sendo sempre fruto de relações anteriores, tanto para os participantes masculinos como para os femininos.

No que concerne às variáveis clínicas, observou-se que os casais variam entre 0 e 10 anos ($M = 4.66$; $DP = 2.01$) quanto ao tempo em que estão a tentar engravidar. O conhecimento do diagnóstico de infertilidade varia entre os 0 e 8 anos ($M = 3.04$; $DP = 2.35$), ou seja, varia entre casais que nunca tiveram um diagnóstico de infertilidade (factor de infertilidade desconhecido) e casais que há 8 anos têm conhecimento do

diagnóstico de infertilidade. A frequência nas consultas no Serviço de Infertilidade varia em 0 e 10 anos ($M = 2.35$; $DP = 1.73$).

Acerca da causa da infertilidade (Tabela 7 – Anexos VIII), nos casais participantes, pode verificar-se que existe uma maioria de factor masculino de infertilidade (36%), sendo que os casos de factor feminino não ultrapassam os 26%. Importa, ainda, salientar que existe uma predominância de casos em que apenas um elemento do casal é portador do factor (62%). Além disso, temos 20% de casos mistos e 18% de casos desconhecidos.

Na Tabela 8 (Anexos VIII), relativo à natureza da infertilidade segundo a ocorrência de gravidez e de recém-nascidos viáveis na amostra feminina, verifica-se que a maioria das participantes nunca esteve grávida (76%). Temos também que 16% das mulheres já estiveram grávidas, não conseguindo atingir o objectivo da reprodução. Assim, temos 92% de casos de infertilidade primária e apenas 8% de casos de infertilidade secundária. Nestes últimos, temos os casos das mulheres que têm filhos de outras relações mas, actualmente, não conseguem engravidar.

Passando agora à natureza da infertilidade de um ponto de vista masculino, observamos que 76% ($n = 38$) dos participantes masculinos nunca participou numa ocorrência de gravidez. Podemos também verificar que 12% ($n = 6$) já participaram numa gravidez, mas esta não resultou no nascimento de um bebé viável e 12% ($n = 6$) têm filhos mas, actualmente, não conseguem participar numa ocorrência de gravidez (Tabela 9 – Anexos VIII).

Em relação aos tratamentos, verificou-se que 56% ($n = 28$) das participantes femininas já realizaram tratamentos de fertilidade e 44% ($n = 22$) ainda não realizou nenhum tipo de tratamento. A frequência de tratamentos varia entre 1 e 7, sendo que 10 participantes (20%) realizaram apenas um tratamento, 10 (20%) realizaram dois tratamentos, 4 (8%) realizaram três tratamentos, 3 (6%) realizaram quatro tratamentos e apenas uma (2%) realizou sete tratamentos. Na Tabela 10 (Anexos VIII), apresentam-se as frequências e as percentagens relativas aos diferentes tratamentos realizados por estas participantes.

Quanto às FIV ou ICSI, 21% (n = 6) realizaram um tratamento desta natureza, 17% (n = 5) realizaram dois tratamentos e 7% (n = 2) realizaram três tratamentos. Em relação às Inseminações Artificiais, 7% (n = 2) realizaram um tratamento desta natureza, 11% (n = 3) realizaram dois tratamentos e 7% (n = 2) realizaram três tratamentos. Apenas 7% (n = 2) realizaram uma cirurgia e 4% (n = 1) realizaram sete tratamentos de natureza diferente dos já referidos. Importa, também, referir que algumas participantes realizaram vários tipos de tratamentos, sendo que 4% (n = 1) realizaram dois tratamentos diferentes (FIV ou ICSI e Inseminação Artificial), 4% (n = 1) realizaram outros dois tipos de tratamentos diferentes (FIV ou ICSI e Outros) e 11% realizaram quatro vezes dois tipos de tratamentos (FIV ou ICSI e Inseminação Artificial).

4.2. Regressão Linear

Para testar as nossas hipóteses, optámos pelo uso da análise de regressão linear. A utilização deste prende-se com a capacidade de mostrar em que medida as variáveis independentes são, ou não, capazes de explicar as variáveis dependentes. Sempre que as variáveis independentes eram de tipo categorial, foi operada uma recodificação bipolar (0 ou 1), implicando que as variáveis em causa passam a ser denominadas por “recode”. Em todas as análises, foram inspeccionados os valores de Tolerância e de VIF. Sempre que estes valores ultrapassavam os respectivos limites (Tolerância < .1 e VIF > 10) foram inspeccionadas as variáveis em causa. Deste procedimento resultou a exclusão de várias variáveis independentes, bem como a definição dos modelos finais das variáveis a introduzir. Em cada uma das testagens, será apresentada a sequência definitiva.

4.3. Testagem das Hipóteses Específicas

4.3.1. Testagem da hipótese específica 1

A testagem da hipótese específica 1 foi realizada tendo em conta que a variável dependente é a Satisfação Conjugal Global dos casais inférteis. Separadamente serão apresentadas as análises para homens inférteis e para mulheres inférteis. As variáveis independentes foram inseridas de acordo com quatro modelos, os quais estão descritos na sequência seguinte (Figura 1).

Figura 1. Análise de Regressão: Sequência 1



Os valores obtidos na predição da Satisfação Conjugal Global dos homens inférteis, através da análise de regressão relativa aos quatro modelos anteriores, são apresentados em seguida.

Quadro 1. Regressão Linear; Variável Dependente Satisfação Conjugal Global nos Participantes Masculinos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.492	.242	-.137	.242	.639	.750
2	.685	.469	-.195	.227	.855	.553
3	.731	.535	-.396	.066	.424	.740
4	.772	.596	-.363	.061	1.214	.303

Tal como é possível verificar através do Quadro 1, nenhum modelo parece ter uma relação significativa com a variável dependente. Mais se refere que nenhum modelo parece ter uma relação significativa com as variáveis dependentes das restantes subescalas da EASAVIC (ver em Anexos IX).

Em seguida, utilizou-se o mesmo modelo para a Satisfação Conjugal Global nas mulheres inférteis. Os valores obtidos através da análise de regressão operada com os quatro modelos anteriores são apresentados em seguida.

Quadro 2. Regressão Linear; Variável Dependente Satisfação Conjugal Global nos Participantes Femininos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.758	.575	.362	.575	2.701	.035
2	.855	.731	.394	.156	1.160	.388
3	.873	.763	.288	.032	.405	.753
4	.873	.763	.199	.000	.000	.997

De acordo com o Quadro 2, apenas o primeiro modelo (idade do homem, escolaridade do homem, estatuto laboral do homem “recode”, estatuto socioeconómico do homem “recode”, religião do homem “recode”, idade da mulher, escolaridade da mulher, estatuto laboral da mulher “recode” e estatuto socioeconómico da mulher “recode”) parece ter possibilitado um aumento significativo na explicação da variável dependente (Acréscimo de $R^2 = .575$, $p = .035$). Contudo, numa análise individualizada, nenhuma das variáveis pertencentes ao modelo 1 apresenta um contributo significativo.

Contrariamente aos homens inférteis, a sequência de modelos parece ter contribuído para um aumento significativo na explicação das variáveis dependentes das restantes subescalas, nas mulheres inférteis. Por exemplo, o modelo 1 parece ter contribuído para um aumento significativo na explicação da variável dependente “Intimidade Emocional” ($p = .015$) (ver em Anexos IX), contudo nenhuma variável, isoladamente, teve um contributo significativo. O modelo referido também parece ter contribuído para um aumento significativo na explicação da variável dependente “Sexualidade” ($p = .048$) (ver em Anexos IX), apresentando a variável idade da mulher um contributo significativo ($p = .027$), mantendo-se este contributo no modelo 2 ($p = .015$) e no modelo 3 ($p = .50$). Por fim, este modelo apresentou níveis de significância interessantes na explicação da variável dependente “Autonomia” ($p = .069$) (ver em

Anexos IX) , onde a variável idade do homem teve um contributo significativo ($p = .021$), mesmo após a introdução do modelo 2 ($p = .031$). Os quadros para as restantes subescalas encontram-se em anexos (Anexos IX).

4.3.2. Testagem da hipótese específica 2

A testagem da hipótese específica 2 foi realizada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é a Auto-Eficácia na Infertilidade nos casais inférteis. Separadamente, serão apresentadas as análises para homens inférteis e para mulheres inférteis. As variáveis independentes foram inseridas de acordo com quatro modelos diferentes, os quais estão descritos na sequência seguinte (Figura 2).

Figura 2. Análise de Regressão: Sequência 2



Os valores obtidos na predição da Auto-Eficácia na Infertilidade dos homens inférteis, através da análise de regressão com os quatro modelos já apresentados, são apresentados no seguinte quadro.

Quadro 3. Regressão Linear; Variável Dependente Auto-Eficácia na Infertilidade nos Participantes Masculinos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.618	.382	.034	.382	1.098	.416
2	.745	.556	.145	.174	1.693	.217
3	.754	.568	-.079	.013	.099	.959
4	.764	.583	-.158	.015	.323	.584

Tal como é possível verificar através do Quadro 3, nenhum modelo parece ter uma relação significativa com a variável dependente.

Para as mulheres inférteis foi também utilizada a sequência 2 e os valores obtidos através da análise de regressão para os quatro modelos são expostos no seguinte quadro.

Quadro 4. Regressão Linear; Variável Dependente Auto-Eficácia na Infertilidade nos Participantes Femininos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.575	.331	.014	.331	1.045	.443
2	.592	.350	-.138	.019	.155	.925
3	.838	.702	.358	.352	5.124	.015
4	.840	.705	.312	.003	.119	.736

No Quadro 4, pode-se verificar que apenas o modelo 3 contribui para um aumento significativo da explicação da variável dependente (Acréscimo de $R^2 = .352$, $p = .015$). A variável iniciou tratamentos mulher “recode” apresenta um contributo significativo ($p = .017$), mantendo-se no modelo seguinte ($p = .021$).

4.3.3. Testagem da hipótese específica 3

A testagem da hipótese específica 3 foi concretizada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é a Consciência de Estigma nos casais inférteis.

Separadamente serão apresentadas as análises para homens inférteis e para mulheres inférteis. As variáveis independentes foram inseridas de acordo com quatro modelos diferentes, os quais estão descritos na sequência 2, já referida anteriormente.

Em seguida, exibimos os valores, para os homens inférteis, alcançados através da análise de regressão realizada com os quatro modelos constituintes da sequência 2.

Quadro 5. Regressão Linear; Variável Dependente Consciência de Estigma nos Participantes Masculinos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.680	.463	.209	.463	1.820	.130
2	.750	.563	.236	.100	1.224	.334
3	.768	.590	.117	.027	.281	.838
4	.800	.640	.161	.051	1.686	.219

No Quadro 5 é possível verificar que nenhum dos quatro modelos da sequência 2 oferece um contributo significativo para o aumento da explicação da variável dependente.

Para as mulheres inférteis, os valores obtidos através da análise de regressão para os quatro modelos da sequência 2 são expostos no seguinte quadro.

Quadro 6. Regressão Linear; Variável Dependente Consciência de Estigma nos Participantes Femininos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.706	.499	.262	.499	2.103	.083
2	.720	.518	.156	.019	.206	.891
3	.723	.522	-.029	.004	.040	.989
4	.753	.567	-.011	.045	1.241	.287

Tendo em conta os valores apresentado (Quadro 6), podemos verificar que nenhum dos quatro modelos parece ter contribuído para o aumento significativo da explicação da variável dependente. Porém, e apesar de individualmente as variáveis em causa não terem contribuído significativamente, o modelo 1 apresenta níveis de significância interessantes ($p = .083$), onde a variável escolaridade do homem evidencia um nível significante ($p = .024$), mantendo-se no modelo seguinte ($p = .045$).

4.3.4. Testagem da hipótese específica 4

A testagem da hipótese específica 4 foi concretizada através de uma análise de regressão cuja variável dependente é a Auto-Estima Global nos casais inférteis. Separadamente serão apresentadas as análises para homens inférteis e para mulheres inférteis. As variáveis independentes foram inseridas de acordo com quatro modelos diferentes, os quais estão descritos na sequência 2, já referida anteriormente.

Em seguida, apresentamos os valores, para os homens inférteis, alcançados através da regressão linear operada com os modelos da sequência 2 relativamente à variável dependente Auto-Estima Global.

Quadro 7. Regressão Linear; Variável Dependente Auto-Estima Global dos Participantes Masculinos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.549	.301	-.048	.301	.863	.573
2	.593	.351	-.168	.050	.384	.766
3	.692	.478	-.174	.127	.974	.437
4	.716	.513	-.196	.035	.782	.395

Pode-se verificar, através do Quadro 7 que nenhum dos quatro modelos da sequência 2 parece ter contribuído para o aumento significativo da explicação da variável dependente.

Os valores, para as mulheres inférteis, obtidos através da análise de regressão estão apresentados no Quadro 8.

Quadro 8. Regressão Linear; Variável Dependente Auto-Estima Global nos Participantes Femininos

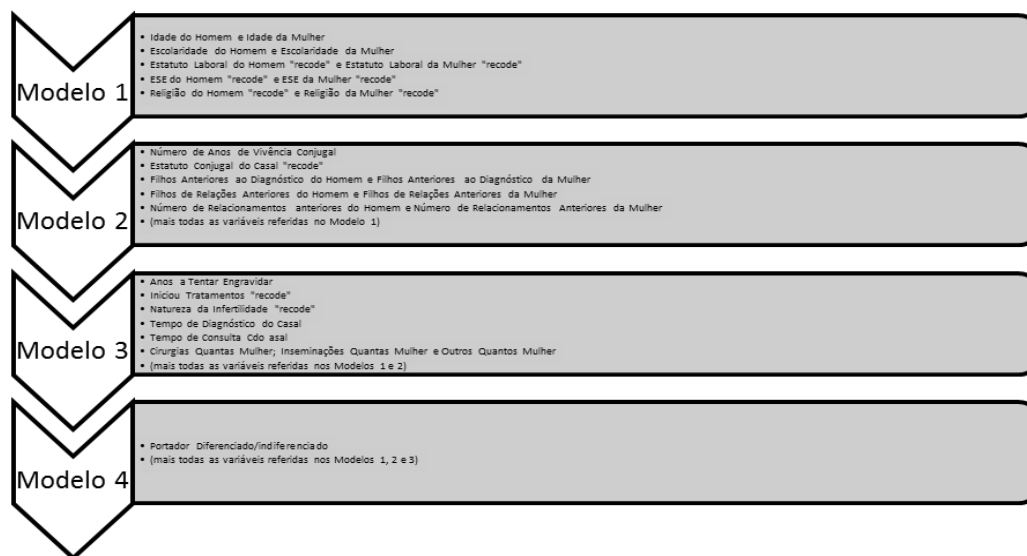
Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.729	.531	.297	.531	2.267	.067
2	.755	.570	.226	.038	.447	.723
3	.774	.598	.096	.029	.285	.835
4	.789	.622	.072	.024	.686	.424

O quadro apresentado permite verificar que nenhum dos quatro modelos parece contribuir para o aumento significativo da explicação da variável dependente. Contudo, o modelo 1 apresenta um nível de significância interessante (Acréscimo de $R^2 = .531$, $p = .067$). Neste modelo, a variável idade do homem apresenta um nível significativo ($p = .003$), mantendo esse nível nos outros modelos ($p = .007$; $p = .015$; $p = .038$).

4.3.5. Testagem da hipótese específica 5

A testagem da hipótese específica 5 foi concretizada através de uma análise de regressão cuja variável dependente é a Satisfação Conjugal Global nos casais inférteis. Separadamente, serão apresentadas as análises para homens inférteis e para mulheres inférteis. As variáveis independentes foram inseridas de acordo com quatro modelos diferentes, os quais estão descritos na sequência 3 (Figura 3).

Figura 3. Análise de Regressão: Sequência 3



Seguidamente apresentamos os valores, para os homens inférteis, alcançados através da regressão linear operada com os modelos da sequência 3 relativamente à variável dependente Satisfação Conjugal Global.

Quadro 9. Regressão Linear; Variável Dependente Satisfação Conjugal Global nos Participantes Masculinos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.348	.121	-.138	.121	.468	.899
2	.526	.276	-.137	.155	1.002	.443
3	.587	.344	-.374	.068	.306	.942
4	.674	.454	-.201	.110	4.034	.058

Nesta análise (Quadro 9), pode-se apurar que o modelo 4 apresenta valores interessantes para a explicação da variável dependente (Acréscimo de $R^2 = .110$; $p = .058$), ou seja, a variável Portador Diferenciado/Indiferenciado protagoniza um papel não negligenciável no aumento da explicação da Satisfação Conjugal Global nos homens inférteis.

Quanto à variável Portador Diferenciado/Indiferenciado, é de referir que apresenta um contributo significativo (Acréscimo de $R^2 = .127$, $p = .024$) para a explicação da subescala “Intimidade Emocional”, tal como se pode verificar no Quadro 10.

Quadro 10. Regressão Linear; Variável Dependente Intimidade Emocional nos Participantes Masculinos

Modelo	R	R^2	R^2 Ajustado	Acréscimo de R^2	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.450	.202	-.025	.202	.888	.553
2	.587	.344	-.018	.142	1.043	.418
3	.652	.425	-.177	.081	.441	.866
4	.743	.552	-.039	.127	5.949	.024

Nas restantes subescalas, como o modelo 4 não alcança um nível significativo, não apresentaremos tabelas (ver em Anexo IX). Apesar de as variáveis não terem contribuído para aumentos significativos, algumas evidenciam níveis de significância interessantes, como é o caso da subescala “Autonomia”, relativamente à qual, no modelo 2 ($p = .078$), a variável número de anos de vivência conjugal apresenta um nível significativo ($p = .021$), reduzindo-se no modelo 3 ($p = .053$) e progredindo no modelo 4 ($p = .034$). O mesmo se passa com a variável número de relacionamentos anteriores da mulher que, no modelo 2, apresenta um nível significativo ($p = .016$).

Os valores, para as mulheres inférteis, obtidos através da regressão estão apresentados no quadro seguinte.

Quadro 11. Regressão Linear; Variável Dependente Satisfação Conjugal Global nos Participantes Femininos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.599	.359	.170	.359	1.903	.079
2	.697	.486	.193	.127	1.156	.357
3	.748	.559	.076	.073	.494	.828
4	.772	.596	.111	.037	1.830	.191

No Quadro 11 pode-se verificar que nenhum dos modelos contribuiu para um aumento significativo na explicação da variável dependente. Contudo, algumas variáveis independentes apresentam níveis interessantes de significância: no modelo 1, a variável estatuto laboral do homem “recode” tem um contributo significativo ($p = .017$), mantendo essa significância no modelo 2 e 3 ($p = .012$ e $p = .026$, respectivamente).

Vamos passar agora a apresentar os valores da análise de regressão relativa à variável dependente Comunicação/Conflitos, nas mulheres inférteis.

Quadro 12. Regressão Linear; Variável Dependente Comunicação/Conflito nos Participantes Femininos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.504	.254	.035	.254	1.160	.350
2	.640	.410	.072	.155	1.227	.322
3	.721	.519	-.007	.110	.685	.683
4	.790	.624	.173	.105	5.575	.028

Tal como se pode verificar no Quadro 12, o modelo 4 contribuiu para o aumento significativo ($p = .028$) da explicação da variável dependente Comunicação/Conflitos, ou seja, a variável portador diferenciado/indiferenciado assume um papel chave no aumento da explicação desta variável dependente.

Relativamente à análise de regressão respeitante à subescala Sexualidade, como o modelo 4 não apresenta um nível significativo, não apresentamos tabela (consultar Anexos IX). O modelo 1 parece ter contribuído para um aumento significativo da explicação desta variável dependente ($p = .021$), tendo as variáveis estatuto laboral do homem “recode” ($p = .048$), religião do homem “recode” ($p = .017$), idade da mulher ($p = .018$) apresentado contributos significativos enquanto a variável escolaridade do homem apresenta um nível quase significativo ($p = .051$).

Também na análise relativa à variável dependente Autonomia, o modelo 4 não conseguiu alcançar a significância estatística e, por isso, a respectiva tabela apenas será apresentada em anexo (Anexo IX). O modelo 1 parece ter contribuído para um aumento significativo da explicação da variável dependente Autonomia ($p = .010$), apresentando a variável estatuto laboral do homem “recode” um nível significativo ($p = .008$), mantendo-se nos restantes modelos ($p = .008$, $p = .02$, $p = .039$). O modelo 2 apresentou um nível de significância interessante ($p = .066$), onde as variáveis número de relacionamentos anteriores do homem ($p = .070$) e número de relacionamentos anteriores da mulher” ($p = .075$) apresentaram níveis de significância interessantes.

Tendo em conta que na análise relativa à subescala Intimidade Emocional o modelo 4, mais uma vez não conseguiu desempenhar um papel significativo, a respectiva tabela poderá ser consultada em anexo (Anexo IX). Individualmente, apesar de as variáveis não terem contributos significativos, apresentam níveis de significância interessantes: no modelo 1, a variável estatuto laboral do homem “recode” tem um contributo significativo ($p = .012$), apresentando-o também no modelo 2 ($p = .015$), no modelo 3 ($p = .015$) e no modelo 4 ($p = .026$).

Uma vez que na análise da variável dependente Rede Social o modelo 4 não oferece contributos significativos para explicar a variância em causa, a respectiva tabela é remetida para os anexos (Anexos IX). Individualmente, observa-se que, no modelo 2, a variável número de anos de vivência conjugal tem um contributo significativo ($p = .008$), mantendo-se nos restantes modelos ($p = .053$; $p = .045$).

4.3.6. Testagem da hipótese específica 6

A testagem da hipótese específica 6 foi concretizada através de uma análise de regressão cuja variável dependente é a Auto-Eficácia na Infertilidade nos casais inférteis. Separadamente, serão apresentadas as análises para homens inférteis e para mulheres inférteis. As variáveis independentes foram inseridas de acordo com quatro modelos diferentes, os quais estão descritos na sequência 3, já anteriormente referida.

Em seguida, mostramos os valores obtidos pela análise de regressão, para os homens inférteis.

Quadro 13. Regressão Linear; Variável Dependente Auto-Eficácia na infertilidade nos Participantes Masculinos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.512	.262	.031	.262	1.135	.368
2	.660	.435	.088	.173	1.331	.279
3	.695	.482	-.144	.047	.247	.967
4	.725	.526	.106	.044	1.661	.214

No Quadro 13, pode verificar-se que nenhum modelo contribui para um aumento significativo da explicação da variável dependente.

Quanto às mulheres inférteis, os resultados obtidos através da regressão estão descritos no Quadro 14.

Quadro 14. Regressão Linear; Variável Dependente Auto-Eficácia na infertilidade nos Participantes Femininos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.549	.302	.102	.302	1.513	.176
2	.652	.425	.108	.123	1.037	.422
3	.835	.696	.379	.271	2.810	.030
4	.841	.707	.371	.010	.731	.402

De acordo com o Quadro 14, é possível verificar que apenas o modelo 3 parece ter possibilitado um aumento da explicação da variável dependente, tendo a variável Estatuto laboral do homem “recode” apresentado um contributo significativo (Acréscimo de $R^2 = .271$, $p = .003$).

4.3.7. Testagem da hipótese específica 7

A testagem da hipótese específica 7 foi realizada através de uma análise de regressão cuja variável dependente é a Consciência de Estigma nos casais inférteis. Serão apresentadas as análises, em separado, para homens inférteis e para mulheres inférteis. As variáveis independentes foram inseridas de acordo com quatro modelos diferentes, os quais estão descritos na sequência 3, já referida.

Os valores dos homens inférteis obtidos através da análise de regressão estão descritos no Quadro seguinte.

Quadro 15. Regressão Linear; Variável Dependente Consciência de Estigma nos Participantes Masculinos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.511	.261	.050	.261	1.238	.302
2	.604	.365	.015	.104	.791	.585
3	.768	.590	.161	.224	1.719	.156
4	.768	.590	.121	.000	.008	.929

No Quadro 15, é possível verificar que nenhum dos modelos possibilitou um aumento significativo da explicação da variável dependente.

Para as mulheres inférteis, os valores obtidos através da análise de regressão estão apresentados no quadro subsequente.

Quadro 16. Regressão Linear; Variável Dependente Consciência de Estigma nos Participantes Femininos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.417	.174	-.062	.174	.737	.686
2	.565	.320	-.056	.146	1.036	.423
3	.617	.380	-.267	.061	.308	.943
4	.718	.515	-.039	.135	5.834	.025

Segundo o Quadro 16, podemos verificar que o modelo 4 tem um contributo significativo no aumento da explicação da variável dependente (Acréscimo de R² = .135, p = .025). Quer dizer, o carácter diferenciado/indiferenciado do portador do factor de infertilidade desempenha um papel importante no âmbito da consciência de estigma.

4.3.8. Testagem da hipótese específica 8

A testagem da hipótese específica 8 foi realizada através de uma análise de regressão cuja variável dependente é a Auto-estima Global nos casais inférteis. Separadamente, serão apresentadas as análises para homens inférteis e para mulheres inférteis. As variáveis independentes foram inseridas de acordo com quatro modelos diferentes, os quais estão descritos na sequência 3.

Os valores obtidos através de regressão, correspondentes aos homens inférteis, estão descritos no quadro seguinte.

Quadro 17. Regressão Linear; Variável Dependente Escala de Auto-Estima Global nos Participantes Masculinos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.452	.204	-.030	.204	.871	.568
2	.581	.338	-.040	.134	.945	.479
3	.655	.429	-.197	.091	.475	.842
4	.656	.430	-.254	.001	.044	.836

Ao analisar o quadro 17, verificamos que nenhum dos modelos teve um contributo significativo para o aumento da explicação da variável dependente.

Em seguida, apresentamos os valores obtidos através da análise de regressão para as mulheres inférteis.

Quadro 18. Regressão Linear; Variável Dependente Escala de Auto-Estima Global nos Participantes Femininos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.595	.354	.164	.354	1.865	.086
2	.657	.431	.106	.077	.634	.702
3	.702	.493	-.063	.061	.362	.914
4	.702	.493	-.115	.001	.022	.882

Segundo o Quadro 18, nenhum modelo teve um contributo significativo no aumento da explicação da variável dependente.

5. Discussão de Resultados e Principais Conclusões

Neste capítulo, será apresentada a discussão dos resultados obtidos, tendo em conta o enquadramento teórico, as reflexões consequentes de todo o procedimento metodológico utilizado, os objectivos e as hipóteses colocadas inicialmente. Assim, serão analisados os resultados estatisticamente significativos e, também, os passíveis de uma análise de significância interessante.

Ao observar os valores de Satisfação Conjugal nos casais inférteis, tendo em conta o género do portador do factor de infertilidade, pressupunha-se que, tanto para os homens inférteis como para as mulheres inférteis, ocorresse um aumento significativo da variância explicada da variável dependente (Satisfação Conjugal Global) quando a variável género do portador do factor de infertilidade fosse introduzida (Hipótese Específica 1). Para os homens inférteis, a hipótese não foi confirmada, visto que, no presente estudo, não se verificam aumentos significativos quando o género do portador do factor de infertilidade é tido em conta. Na literatura, alguns estudos salientam que o diagnóstico de infertilidade terá impacto no modo como os elementos de cada casal vivenciam esta problemática. Smith et al. (2009) verificaram que os homens inférteis em casais com diagnóstico de factor masculino de infertilidade têm níveis inferiores de qualidade sexual quando comparados com homens em casais sem esse factor de infertilidade. Neste sentido, Drosdzol e Skrzypuler (2009b) apuraram que o diagnóstico masculino de infertilidade se correlaciona com uma maior instabilidade relacional e baixa satisfação com a vida íntima. Estes autores, também, identificaram vários factores de risco que potenciam negativamente a satisfação conjugal, sendo um deles o diagnóstico de factor masculino de infertilidade. Contrariamente, Tao, Coates e Maycock (2012) mencionaram que a relação conjugal dos homens inférteis não foi prejudicada seriamente pelo diagnóstico de infertilidade.

Relativamente aos resultados das mulheres inférteis, a hipótese também não foi confirmada, visto que, no presente estudo, não se verificam aumentos significativos induzidos pela presença da variável género do portador do factor de infertilidade. Neste sentido, a literatura aponta numa direcção contrária aos resultados obtidos. Drosdzol e

Skrzypuler (2009b) referiram o portador feminino do factor de infertilidade como um possível factor de risco que contribui fortemente para a diminuição da satisfação conjugal. Importa, assim, salientar que, através da regressão linear realizada, encontramos outros modelos que apresentaram valores com um contributo significativo. A percentagem explicada da variância da Satisfação Conjugal Global apresenta um aumento significativo devido ao contributo do modelo 1; contudo, neste modelo, nenhuma variável isoladamente dá um contributo significativo, isto é, o contributo apenas é significativo quando as variáveis do modelo 1 operam em conjunto. Este fenómeno ocorre também na variável dependente Intimidade Emocional. Pensando nestes resultados, podemos referir que, para as mulheres inférteis, as características de ambos os elementos do casal têm impacto na sua vivência da infertilidade. Outras variáveis, isoladamente, deram um contributo significativo, como é o caso da variável idade do homem que apresenta níveis significativos para explicar a variância da variável dependente Sexualidade e níveis interessantes em relação à variável dependente Autonomia. Refere-se, também, que encontrámos outros modelos que deram um contributo interessante. A percentagem explicada da variância da Autonomia apresenta um aumento interessante devido ao contributo do modelo 1, onde a variável idade do homem apresenta um contributo significativo para essa explicação.

Ao analisar os valores de Auto-eficácia na Infertilidade, tendo em conta o género do portador do factor de infertilidade, pressupunha-se que, tanto para os homens inférteis como para as mulheres inférteis, houvesse um aumento significativo da variância explicada da variável dependente (Auto-eficácia na Infertilidade) induzido pela introdução do género do portador do factor de infertilidade (Hipótese Específica 2). Para os homens inférteis, a nossa hipótese não foi verificada, uma vez que, no presente estudo, não se encontram acréscimos significativos relacionados com o género do portador de infertilidade. Na literatura, existe uma carência sobre as diferenças quanto aos distintos diagnósticos de infertilidade nesta temática. Contudo, sabe-se que os homens inférteis apresentam níveis mais elevados de auto-eficácia quando comparados com as mulheres (Justo et al., 2010).

Em relação às mulheres inférteis, a nossa hipótese também não foi confirmada, uma vez que, no presente estudo, não se encontram acréscimos significativos relacionados com o género do portador de infertilidade. À semelhança do referido anteriormente, na literatura, não foram encontradas informações. Contudo, e considerando as diferenças entre géneros, as mulheres tendem a perceber-se como menos capazes de lidar com a infertilidade de um modo competente (Pinto-Gouveia et al., 2012), apresentando níveis mais baixos de auto-eficácia comparativamente com os elementos masculinos (Justo et al., 2010). Ressalva-se que, através do estudo de regressão, encontrámos uma variável (a variável recodificada iniciou tratamentos) que apresentava valores com um contributo significativo.

Após examinar os valores de Consciência de Estigma nos casais inférteis, tendo em conta o género do portador do factor de infertilidade, estimava-se que, tanto para os homens inférteis como para as mulheres inférteis, houvesse um aumento significativo da variância explicada daquela variável quando fosse tido em conta o género do portador do factor de infertilidade (Hipótese Específica 3).

Pensando sobre os valores obtidos pelos homens inférteis, constatou-se que a hipótese não foi confirmada, visto que não se encontraram acréscimos significativos resultantes da variável independente Consciência de Estigma, os quais seriam induzidos pela introdução do género do portador do factor de infertilidade. De acordo com a literatura, os homens inférteis com factor masculino de infertilidade têm mais sentimentos de estigma quando comparados com homens sem esse factor (Smith et al., 2009; Nachtigall, Quiroga, Tschann et al., 1997, cit por Burn & Convington, 2006). Esses sentimentos poderão advir do facto de os homens considerarem a capacidade de fecundar como uma expectativa resultante do papel masculino (Nachtigall et al., 1992), assumindo a informação desse diagnóstico como motivo de vergonha (Faria, 2001).

Quanto aos valores obtidos para as mulheres inférteis, verificou-se que a nossa hipótese não foi verificada, visto que, no presente estudo, não se verificaram acréscimos significativos resultantes da variável independente Consciência de Estigma, quando o género do portador de infertilidade é introduzido. Segundo a literatura, as mulheres

sentem-se estigmatizadas, independentemente da etiologia da infertilidade (Nachtigall et al., 1992). É de destacar que descobrimos, através do estudo de regressão linear, o modelo 3 apresenta contributos interessantes, onde a variável escolaridade do homem apresenta um contributo significativo, em dois modelos consecutivos. De acordo com o estudo de Dondor e Sandall (2007), o nível educacional pode ter uma particularidade importante na redução do efeito da percepção do estigma no stress relativo à infertilidade.

Relativamente aos valores de Auto-Estima Global nos casais inférteis, considerando o género do portador do factor de infertilidade, pressupunha-se que, tanto para os homens inférteis como para as mulheres inférteis, ocorresse um aumento significativo da variância explicada da variável, justificado pela introdução da variável género do portador do factor de infertilidade (Hipótese Específica 4).

Nos valores obtidos para os homens inférteis, tendo em conta o género do portador do factor de infertilidade, esperava-se um acréscimo significativo da variância explicada da variável dependente Auto-estima Global. Considerava-se que tal facto seria explicado pelo género do portador do factor de infertilidade. Novamente, não foi encontrada nenhuma relação que o indicasse, o que nos leva a não confirmar a hipótese, uma vez que, neste estudo, não ocorreram acréscimos significativos relacionados com o género do portador do factor de infertilidade. Na literatura, estudos que se focaram no impacto do modo como o diagnóstico de factor específico de infertilidade influencia os casais, verificou que homens com factor masculino de infertilidade sofrem uma baixa de auto-estima (Webb & Daniluk, 1999).

Em relação aos valores obtidos para as mulheres inférteis na variável dependente Auto-estima Global, considerando o género do portador do factor de infertilidade, estimava-se que houvesse um acréscimo significativo da variância explicada. Observando esses valores, verificou-se que não foi encontrada nenhuma relação entre as variáveis, o que nos leva a não confirmar a hipótese, uma vez que, neste estudo, não ocorreram acréscimos significativos de acordo com o género do portador do factor de infertilidade. Existem vários estudos realizados sobre a auto-estima referindo que a mulher é o

elemento do casal mais afectado nessa dimensão psicológica (Wright et al., 1991; Lee & Sun, 2000; El-Kissi et al., 2013). Tendo em conta os diferentes diagnósticos, as mulheres portadoras do factor de infertilidade experienciam mais distress na auto-estima do que as mulheres cujo parceiro é o portador do factor de infertilidade (Lee et al., 2001). Deve-se, ainda, destacar que, através do estudo de regressão, foi possível observar que o modelo 1 dá contributos interessantes para explicar a variável dependente, tendo a variável idade do homem apresentado contributos significativos.

Ao observar os valores de Satisfação Conjugal nos casais inférteis, tendo em conta a diferenciação/indiferenciação do portador do factor de infertilidade, pressupunha-se que, tanto para os homens inférteis como para as mulheres inférteis, houvesse um aumento significativo da variância explicada da variável dependente (Hipótese Específica 5).

Ao analisar os valores de satisfação conjugal, em homens inférteis, verificou-se que a hipótese ficou muito próxima de ser confirmada, visto que, no presente estudo, se observa um nível de significância ($p = .058$) extremamente próximo do nível consensualmente admitido ($p = .05$). Esta quase significância da explicação da variável dependente pela variável portador diferenciado/indiferenciado do factor de infertilidade merece ser sublinhada porquanto individualiza a percepção masculina da infertilidade face à percepção feminina. Na literatura, alguns estudos salientam que, quando o factor de infertilidade é masculino, tanto homens como mulheres mostram significativamente menos satisfação sexual que os casais com outros factores (Vizheh & Pakgohar, 2013). Drosdzol e Skrzypuler (2009b) referiram que outras causas de infertilidade (feminina, mista ou desconhecida) não estão correlacionadas com qualquer problema conjugal. Contrariamente, Vizheh e Pakgohar (2013) observaram que homens cujas parceiras são portadoras do factor de infertilidade têm menos satisfação conjugal que homens com outros factores. Outras variáveis dependentes, como é o caso da variável Intimidade Emocional também apresentaram aumentos devido à variável portador diferenciado/indiferenciado. Mais se informa que outras variáveis dependentes, tais como a Autonomia, apresentaram aumentos interessantes devido ao modelo 2, onde as

variáveis número de anos de vivência conjugal e número de relacionamentos anteriores apresentam valores significativos.

Em relação aos valores obtidos para as mulheres inférteis, a hipótese não foi confirmada, visto que, no presente estudo, não se verificam aumentos significativos da variância explicada da variável dependente quando a variável portador diferenciado/indiferenciado do factor de infertilidade é introduzida. Neste sentido, Vizheh e Pakgohar (2013) verificaram que, quando o factor de infertilidade é feminino, as mulheres mostram significativamente menos satisfação conjugal que as mulheres pertencentes a casais afectados por outros factores. Importa, assim, salientar que através da regressão linear realizada encontrámos outros modelos que apresentaram valores significativos e interessantes. A variável dependente Satisfação Conjugal Global apresenta um aumento interessante da variância explicada devido ao contributo do modelo 1, onde a variável estatuto laboral do homem apresenta um contributo significativo. A variável independente referida também apresentou níveis significativos quanto à variância das variáveis dependentes, Autonomia Sexualidade e Intimidade Emocional, apesar de nesta última o contributo do modelo tenha sido apenas interessante. Outras variáveis deram um contributo significativo, nomeadamente a variável idade da mulher, religião do homem e escolaridade do homem na explicação da variância da Sexualidade. O modelo 4 possibilitou um aumento significativo da variância explicada da Comunicação/conflitos devido à introdução da variável portador diferenciado/indiferenciado. Apesar de o modelo 2 apenas apresentar valores interessantes na explicação da variável Rede Social, é de notar que a variável número de anos de vivência conjugal, só por si, apresenta uma contribuição significativa. Este fenómeno também se revelou na variável dependente Autonomia, onde as variáveis número de relacionamentos anteriores da mulher e número de relacionamentos anteriores do homem apresentam um contributo significativo.

No que concerne à análise dos valores de Auto-eficácia na infertilidade nos casais inférteis e tendo em conta o portador diferenciado/indiferenciado do factor de infertilidade, estimava-se que, tanto para os homens inférteis como para as mulheres

inférteis, ocorresse um aumento significativo da variância explicada da variável dependente induzido pela presença de diferenciação ou não do portador do factor de infertilidade (Hipótese Específica 6).

A nossa hipótese não foi verificada, para os homens inférteis, visto que, no presente estudo, não se encontram acréscimos significativos da variância do variável dependente relacionado com a diferenciação/indiferenciação do portador do factor de infertilidade. Tal como já referido, na literatura, são escassos os dados sobre o impacto da infertilidade na auto-eficácia, sendo mais acentuada a referência na diferença de géneros.

Em relação às mulheres inférteis, a nossa hipótese também não foi confirmada, uma vez que não se encontram acréscimos significativos da variância explicada da variável dependente induzidos pela diferenciação/indiferenciação do portador do factor de infertilidade. À semelhança do referido anteriormente, na literatura, não foram encontradas informações complementares. O estudo de regressão possibilitou encontrar uma variável que apresentava um contributo significativo, sendo esta o estatuto laboral do homem.

Relativamente aos valores de Consciência de Estigma nos casais inférteis, considerando o portador diferenciado/indiferenciado do factor de infertilidade, pressupunha-se que, tanto para os homens inférteis como para as mulheres inférteis, houvesse um aumento significativo da variância explicada da variável dependente (Hipótese Específica 7).

Segundo a diferenciação ou não do factor de infertilidade, nos valores obtidos nos homens inférteis não ocorreu um acréscimo significativo da variância explicada da variável dependente. Neste sentido, a hipótese formulada não foi verificada, visto que não se encontraram acréscimos significativos.

Para os valores obtidos pelas mulheres inférteis ocorreu um acréscimo significativo da variância explicada da variável dependente. Desta forma, a nossa hipótese foi verificada, visto que se verificaram acréscimos significativos de acordo com o portador diferenciado/indiferenciado de infertilidade. Tal como já referido, e segundo a literatura,

as mulheres sentem-se estigmatizadas, independentemente da etiologia da infertilidade (Nachtigall et al., 1992), o que não se articula com a nossa hipótese.

Em relação aos valores de Auto-Estima Global nos casais inférteis, considerando o portador diferenciado/indiferenciado do factor de infertilidade, pressupunha-se que, tanto para os homens inférteis como para as mulheres inférteis, acontecesse um aumento significativo da variância explicada da variável dependente (Hipótese Específica 8).

Quanto aos valores obtidos para os homens inférteis e considerando a diferenciação do portador do factor de infertilidade não ocorreu um acréscimo significativo da variância explicada da variável dependente. Não foi encontrada nenhuma relação que o indicasse, o que nos leva a não confirmar a hipótese, uma vez que, neste estudo, não ocorreram acréscimos significativos devidos à diferenciação do portador do factor de infertilidade. Estes dados podem ser interpretados segundo a literatura sobre o impacto do diagnóstico de infertilidade no bem-estar psicológico (Pinto-Gouveia et al., 2012), tal como referido na hipótese 4, contudo existe uma escassez no que se refere às comparações dos diagnósticos mistos e desconhecidos.

Pensando nos valores obtidos pelas mulheres inférteis e considerando a diferenciação/indiferenciação do factor de infertilidade, estimava-se que houvesse um acréscimo significativo da variância explicada da variável dependente Auto-estima Global induzido pela diferenciação/indiferenciação do portador do factor de infertilidade. Observando esses valores, verificou-se que não foi encontrada nenhuma relação entre as variáveis, o que nos leva a não confirmar a hipótese.

Esta investigação tem por base o estudo da regressão linear, contudo, torna-se importante destacar algumas informações obtidas através das correlações, como forma de enriquecer a compreensão da problemática em questão. Deste modo, destaca-se que, quanto à satisfação conjugal dos homens inférteis, o estatuto conjugal constitui-se como aspecto revelante, ou seja, os homens revelam melhores níveis de satisfação conjugal quando estão casados. Este facto pode ser interpretado à luz de diversos estudos que sugeriram que, na população casada, os níveis de bem-estar são mais elevados, sendo a

conjugalidade uma possível fonte de bem-estar (Narciso & Ribeiro, 2009). Para as mulheres inférteis, o seu nível de escolaridade mostrou-se negativamente correlacionado com a satisfação conjugal. Na variável dependente Auto-eficácia na Infertilidade, as mulheres inférteis revelaram mais auto-eficácia quando nunca estiveram grávidas. Na variável dependente Consciência de Estigma, nos homens inférteis observou-se mais estigma quando estes são portadores do factor de infertilidade, têm algum tipo de crenças religiosas e têm menos tempo de conhecimento do diagnóstico. Para as mulheres inférteis, os valores de estigma aumentam quando os cônjuges têm um nível de escolaridade baixo. Por fim, na variável Auto-estima Global, os homens inférteis apresentam valores mais altos quando não são portadores do factor de infertilidade. As mulheres inférteis apresentam mais Auto-estima Global quando frequentam há mais tempo as consultas de infertilidade e quanto mais velhos forem os cônjuges.

Terminada a nossa investigação, verificou-se que duas das hipóteses específicas inicialmente formuladas foram confirmadas, no entanto, apenas para um dos elementos do casal. Neste sentido, os resultados encontrados revelam que a diferenciação/indiferenciação do portador do factor de infertilidade tem impacto na Satisfação Conjugal dos homens inférteis e na Consciência de Estigma das mulheres inférteis. Contrariamente, o género do portador do factor de infertilidade não influencia a Satisfação Conjugal, a Auto-eficácia na Infertilidade, a Consciência de Estigma e a Auto-Estima Global.

A vivência dos casais, nesta problemática, é sentida como muito stressante, psicologicamente assustadora e, simultaneamente, desafiante, afectando dimensões conjugais, individuais e sociais, entre outras. Desta forma, as variáveis exploradas neste estudo poderão ser afectadas pela infertilidade. No entanto, homens e mulheres vivenciam-nas de formas distintas.

De acordo com o nosso estudo, não encontramos nenhum elemento que explicasse a satisfação conjugal dos participantes masculinos, tendo em conta o género do factor do portador de infertilidade. No entanto, verificou-se que a diferenciação/indiferenciação do portador do factor de infertilidade parece contribuir para a Satisfação Conjugal dos

participantes em questão. A presença em conjunto das variáveis sociodemográficas individuais foi o aspecto que revelou oferecer um contributo para a Satisfação Conjugal das mulheres, consoante o género do portador do factor de infertilidade. Este fenómeno não se verificou quanto à diferenciação/indiferenciação do portador do factor de infertilidade, assumindo, desta forma, o estatuto laboral do homem um contributo para a Satisfação Conjugal das mulheres.

Os dados da amostra possibilitaram constatar que, para os homens inférteis, nenhum elemento foi relevante na explicação da Auto-eficácia, tendo em conta o género do portador do factor de infertilidade e também a sua diferenciação/indiferenciação. Os tratamentos e a sua iniciação, nas participantes femininas, no que se refere ao género do portador do factor de infertilidade, constituíram-se como um elemento que parece ter contribuído para a Auto-eficácia na Infertilidade. O estatuto laboral do homem revelou contribuir para a Auto-eficácia, nas participantes femininas, quando se tem em conta a diferenciação/indiferenciação do portador do factor de infertilidade.

Prosseguindo esta conclusão, podemos apurar que, tendo em conta o género e a diferenciação/indiferenciação do portador do factor de infertilidade, nos participantes masculinos, nenhum elemento foi relevante para explicar a Consciência de Estigma. Nos participantes femininos, considerando o género do portador do factor de infertilidade, o estatuto laboral do homem parece ter contribuído para a Consciência de Estigma. Quando se tem em conta a diferenciação/indiferenciação do portador do factor de infertilidade, o estatuto laboral do homem assume um contributo significativo na explicação da Consciência de Estigma dos participantes femininos.

Os dados obtidos, através deste estudo, possibilitam verificar que, para os participantes masculinos, nenhuma variável parece contribuir para a explicação da Auto-estima Global, tendo em conta, quer o género do portador do factor de infertilidade, quer a diferenciação/indiferenciação do portador do factor de infertilidade. Nos participantes femininos, e considerando o género do portador do factor de infertilidade, a variável idade da mulher parece contribuir para explicar a sua Auto-estima Global. Nenhuma

variável se mostrou relevante quando se tem em conta a diferenciação/indiferenciação do portador do factor de infertilidade.

São várias as limitações que advêm desta investigação, sendo de bastante relevância a sua identificação, assim como, possibilitar que, em investigações futuras, as mesmas sejam minimizadas, aumentando, deste modo, a qualidade das novas investigações.

As limitações encontradas enquadram-se em várias etapas desta investigação, sendo pertinente descrevê-las segundo um contexto lógico. Desta forma, inicialmente, importa referir as limitações na aplicação dos questionários que advêm, por um lado, da elaboração dos questionários propostos e, por outro, das condições de aplicação. O Questionário Sociodemográfico e Clínico foi elaborado com o intuito de ser preenchido pela investigadora. Devido às contingências do serviço tal não foi possível, o que poderá ter levado a algumas dificuldades de interpretação por parte dos participantes. Outro aspecto incide sobre o preenchimento da escala de nível socioeconómico, que se apresenta de forma pouco clara, o que poderá resultar numa avaliação errada dos participantes. Para além desse aspecto, o efeito da desejabilidade social poderá também ter influenciado a avaliação. Quanto às condições de aplicação, não foi possível, em todos os casos, garantir um gabinete, sendo que muitos dos casais preencheram os protocolos na sala de espera, o que poderá ter influenciado negativamente o preenchimento dos mesmos. Salienta-se, também, os diferentes momentos em que se encontravam os participantes, ou seja, antes ou depois das consultas. Penso que este aspecto seja importante, tanto para a disponibilidade dos participantes como para o seu estado emocional. Os participantes que responderam enquanto aguardavam consulta possivelmente encontravam-se mais disponíveis e tranquilos. Após a realização da mesma, eventualmente, não se encontravam tão disponíveis e a informação obtida na consulta poderá ter influenciado o estado emocional dos participantes. Importa, desta forma, ressaltar que, as condições descritas ocorreram devido ao desejo em respeitar o funcionamento habitual das consultas de infertilidade, tendo também como objectivo obter um maior número de participantes. Assim, toda a recolha foi regida por condições pré-existentis.

Outra limitação relaciona-se com a predominância de casais com factor masculino de infertilidade na amostra do presente estudo. Este aspecto reflecte o crescente número de casais com este factor em detrimento dos outros factores.

Um outro tipo de limitação prende-se com o facto de a literatura encontrada, nomeadamente nas diferenças entre diagnósticos, ser originária de países asiáticos. Este aspecto poderá tornar-se uma limitação devido ao papel que o elemento masculino tem na sociedade oriental e, desta forma, demonstrar resultados discrepantes com os resultantes de países europeus.

Em relação a investigações futuras, apresentam-se algumas ideias que se consideram pertinentes para a realização de futuros estudos: (1) seria importante realizar um estudo com uma amostra representativa dos diferentes diagnósticos de infertilidade; (2) penso que seria interessante utilizar o objectivo do estudo desenvolvido recorrendo a diferentes variáveis dependentes, tais como, ansiedade, resiliência, vinculação, apoio social, conceito de família, etc.; (3) por outro lado, também considero que seria importante realizar um estudo longitudinal para avaliar o impacto dos diferentes diagnósticos, ou seja, avaliar casais antes da fase de avaliação e após a identificação do diagnóstico e, por fim, (4) julgo que seria interessante complementar os casais com diferentes diagnósticos com os anos de tratamentos.

BIBLIOGRAFIA

Abbey, A., Andrews, F. M., & Halman, L. J. (1992). Infertility and subjective well-being: the mediating roles of self-esteem, internal control, and interpersonal conflict. *Journal of Marriage and the Family*, 408-417.

Ahmadi, H., Montaser-Kouhsari, L., Nowroozi, M. R., & Bazargan-Hejazi, S. (2011). Male infertility and depression: A neglected problem in the Middle East. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(3), 824-830.

American Society for Reproductive Medicine (2004). Definition of "infertility". *Fertility and Sterility*, 82, S206.

Andrews, F. M., Abbey, A. & Halman, L. J. (1991). Stress from Infertility, Marriage Factors, and Subjective Well-being of Wives and Husbands. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 238-253.

Baluch, B., Nasser, M., & Aghsa, M. M. (1998). Psychological and social aspects of male infertility in a male dominated society. *Journal of Social and Evolutionary Systems*, 21(1), 113-120.

Berg, B. J. & Wilson, J. F. (1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 11-26.

Boivin, J., & Schmidt, L. (2005). Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. *Fertility and sterility*, 83(6), 1745-1752.

Boivin, J., et al. (2001). Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Human Reproduction*, 16(6), 1301-1304.

Burns, L. H., & Covington, S. N. (1999). Psychology of Infertility. *Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians*. Parthenon Publishing Group

Callan, V. J. (1987). The personal and marital adjustment of mother and of voluntarily and involuntarily childless wives. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 847-856.

Cousineau, T. M., Green, T. C., Corsini, E. A., Barnard, T., Seibring, A. R., & Domar, A. D. (2006). Development and validation of the Infertility Self-Efficacy scale. *Fertility and sterility*, 85(6), 1684-1696.

Cousineau, T. M., Green, T. C., Corsini, E., Seibring, A., Showstack, M. T., Applegarth, L., & Perloe, M. (2008). Online psychoeducational support for infertile women: a randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 23(3), 554-566

Couto, F. (2011). A Influência da infertilidade na Satisfação Conjugal e no Ajustamento Familiar. Tese de Mestrado em Psicologia, Lisboa, Universidade de Lisboa.

Daniluk, J. C., & Trench, E. (2007). Long-Term Adjustment of Infertile Couples Following Unsuccessful Medical Intervention. *Journal of Counseling & Development*, 85, 89-100.

Donkor, E. S., & Sandall, J. (2007). The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Social science & medicine*, 65(8), 1683-1694.

Dorland, W. A. N. (2000). *Dorland's Illustrated Medical Dictionary (29th Edition)*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.

Drosdzol, A. & Skrzypulec, V. (2009b). Evaluation of Marital and Sexual Interactions of Polish Infertile Couples. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 3335-3346.

Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2009). Depression and anxiety among polish infertile couples-an evaluative prevalence study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(1), 11-20.

El Kissi, Y., Romdhane, A. B., Hidar, S., Bannour, S., Ayoubi Idrissi, K., Khairi, H., & Ben Hadj Ali, B. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 167, 185-189.

Eskandari, N., & Cadieux, M. (2005). Infertilidade. In Decherney, A & Nathan, L. *Current – Obstetricia e Ginecologia: Diagnóstico e Tratamento* (837-846). Mcgraw-Hill

Faria, C (2001). Aspectos Psicológicos da Infertilidade. In M. C. Canavarro (Ed.) *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 189-209). Coimbra: Quarteto.

Faria, C. (1990). A Infertilidade: Desejo ou Maldição. *Análise Psicológica*, VIII (4), 419-423.

Goffman, E. (1988). Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. (4ª ed). Rio de Janeiro: LTC.

Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier du Centre International de l'Enfance*, 6(8), 455-459.

Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social science & medicine*, 45(11), 1679-1704.

Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of health & illness*, 32(1), 140-162.

Hjelmstedt, A., Widström, A. M., Wramsby, H., & Collins, A. (2004). Emotional adaptation following successful in vitro fertilization. *Fertility and sterility*, 81(5), 1254-1264.

Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Möller, A. (2007). The psychological influence of gender infertility diagnoses among men about to start IVF or ICSI treatment using their own sperm. *Human reproduction*, 22(9), 2559-2565.

Instituto de Emprego e Formação Profissional (2001). <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>

Jonaidy, E., Noorani, S. S., Mokhber, N., Shakeri, M. T. (2009). Comparing the Marital Satisfaction in Infertile and Fertile Women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 12(1), 7-16.

Jordan, C., & Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*, 22(4), 341-358.

Justo, J., Vieira, C., & Costa, L. (2010). Stigma consciousness and self-efficacy in infertile couples: correlation and gender differences. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, XXII, nº1, vol. 2, 17-24.

Leal, I. & Pereira, A. (2005). Infertilidade: Algumas considerações sobre Causas e Consequências. In I. Leal (Ed), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 151-173). Lisboa: Fim do Século.

Lee, T. Y., & Sun, G. H. (2000). Psychosocial Response of Chinese Infertile Husbands and Wives. *Archives of Andrology*. 45, 143-148.

Lee, T. Y., Sun, G. H., Chao, S. C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*, 16 (8), 1762-1767.

Leiblum, S. R., Aviv, A. & Hamer, R. (1998). Life after infertility treatment: a long-term investigation of marital and sexual function. *Human Reproduction*, 13(12), 3569-3574.

Melo, V., Leal, I. & Faria, C. (2006). Depressão, ansiedade e stress em sujeitos inférteis. In *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Faro: Universidade do Algarve.

Menezes, M. (2008). Satisfação conjugal, auto-estima e imagem corporal em indivíduos ostomizados. Tese de Mestrado em Ciências da Educação, Lisboa, Universidade de Lisboa.

Muller, M. J., Schilling, G., & Haidl, G. (1999). Sexual satisfaction in male infertility. *Archives of Andrology*, 42(3), 137-143.

Nachtigall, R. D., Becker, G., & Wozny, M. (1992). The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertility and sterility*, 57(1), 113-121.

Narciso, I. & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consultas Psicológica*, 12, 115-130.

Narciso, I., & Costa, M. (2009). *Olhares sobre a Conjugalidade*. Lisboa: Coisas de Ler.

Oddens, B. J., den Tonkelaar, I., & Nieuwenhuyse, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems—a comparative survey. *Human Reproduction*, 14(1), 255-261.

Pasch, L. A., Dunkel-Schetter, C., & Christensen, A. (2002). Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and sterility*, 77(6), 1241-1247.

Peterson, B. D., Newton, C. R., & Rosen, K. H. (2003). Examining Congruence Between Partners' Perceived Infertility-Related Stress and Its Relationship to Marital Adjustment and Depression in Infertile Couples. *Family Process*, 42(1), 59-70.

Pinel, E. C. (1999). Stigma consciousness: the psychological legacy of social stereotypes. *Journal of personality and social psychology*, 76(1), 114.

Pinto-Gouveia, J., Galhardo, A., Cunha, M., & Matos, M. (2012). Protective emotional regulation processes towards adjustment in infertile patients. *Human Fertility*, 15(1), 27-34.

Pook, M., & Krause, W. (2005). The impact of treatment experiences on the course of infertility distress in male patients. *Human Reproduction*, 20(3), 825-828.

Ramazanzadeh, F., Noorbala, A. A., Abedinia, N., & Naghizadeh, M. M. (2009). Emotional Adjustment in Infertile Couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 7(3), 97-103.

Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M., & Jafarabadi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC women's health*, 4(1), 9.

Read, J. (1999). ABC of sexual health: Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ: British Medical Journal*, 318(7183), 587.

Remoaldo, P. C. A., Machado, H., Reis, I. M., Pereira, L. G., & Xavier, M. S. D. P. (2004). A infertilidade no concelho de Guimarães: contributos para o bem-estar familiar.

Repokari, L., Punamäki, R. L., Unkila-Kallio, L., Vilska, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J., Almqvist, F., Tiitinen, A., & Tulppala, M. (2007). Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction*, 22(5), 1481-1491.

Rosen-Grandon, J. R., Myers, J. E., & Hattie, J. A. (2004). The relationship between marital characteristics, marital interaction processes and marital satisfaction. *Journal of Counseling and Development*, 82, 58-68.

Sá, E. (2004). Aspectos Psicológicos da Esterilidade e da Infertilidade. In E. Sá (Ed), *A Maternidade e o Bebê* (pp. 35-43). Lisboa: Fim do Século.

Schmidt, L. (2006). Infertility and assisted reproduction in Denmark. *Danish medical bulletin*, 53(4), 390-417.

Seepana, S., & Allamsetty, S. (2010). Infertility. *InnoAit*, 3(2), 76-82.

Seixas, C., & Faria, M. C. (1995). O Bebê Que não Veio. *Análise Psicológica*, 12, 101-110.

Slade, P., O'Neill, C., Simpson, A. J., & Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction*, 22(8), 2309-2317.

Smith, J. F., Walsh, T. J., Shindel, A. W., Turek, P. J., Wing, H., Pasch, L., & Katz, P. P. (2009). Sexual, marital, and social impact of a man's perceived infertility diagnosis. *The journal of sexual medicine*, 6(9), 2505-2515.

Tao, P., Coates, R., & Maycock, B. (2012). Investigating Marital Relationship in Infertility: A Systematic Review of Quantitative Studies. *Journal of Reproduction and Infertility*, 13(2), 071-80.

Tüzer, V., Tuncel, A., Göka, S., Doğan Bulut, S., Yüksel, F. V., & Atan, A. (2010). Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: gender differences. *Turk J Med Sci*, 40(2), 229-37.

Uribelarrea, L. L. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del psicólogo: revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 29(2), 158-166.

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Minnen, A.van., Kremer, J. A. M. & Kraaijmaat, F. W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 20(8), 2253-2260.

Vieira, C. (2009). A relação entre Consciência de Estigma e a Auto-eficácia na Infertilidade. Tese de Mestrado em Psicologia, Braga, Universidade Católica Portuguesa.

Vizheh, M., & Pakgozar, M. (2013). Psychological impact of gender infertility diagnoses between husbands' and wives' approach to infertility affect marital and sexual satisfaction. Abstracts of the 5th Yazd International Congress and Student Award in Reproductive Medicine, P-23. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 11(4), 38.

Volgsten, H., Svanberg, A. S., Ekselius, L., Lundkvist, Ö., & Poromaa, I. S. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 23(9), 2056-2063.

Wagner, A., & Falcke, D. (2001). Satisfação conjugal e transgeracionalidade: uma revisão teórica sobre o tema. *Psicologia Clínica*, 13, 1-15.

Watkins, K. J., & Baldo, T. D. (2004). The Infertility Experience: Biopsychosocial Effects and Suggestions for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, 82, 394-402.

Webb, R. E., & Daniluk, J. C. (1999). The End of the Line Infertile Men's Experiences of Being Unable to Produce a Child. *Men and Masculinities*, 2(1), 6-25.

Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the Heidelberg Fertility Consultation Service'. *Human reproduction*, 16(8), 1753-1761.

Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., Bissonnette, F., Benoit, J., & Girard, Y. (1991). Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertility and Sterility*, 55, 100-108.

Anexos em CD

O impacto do género do portador do factor de infertilidade na satisfação conjugal, na auto-eficácia na infertilidade, na consciência de estigma e na auto-estima global.

Patrícia Alexandra Silva Pereira; Mestrado Integrado em Psicologia; Faculdade de Psicologia; Universidade de Lisboa, 2013.
Orientador Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo; Faculdade de Psicologia; Universidade de Lisboa.

Folha de Informação ao(à) Participante

A investigação que estamos a realizar é no âmbito de uma dissertação de Mestrado e tem como objectivo estudar o impacto do género do portador do factor de infertilidade na satisfação conjugal, na auto-eficácia na infertilidade, na consciência de estigma e na auto-estima global. A investigadora responsável pelo estudo é estudante de Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. A supervisão do estudo é assegurada pelo Professor João Justo.

A sua decisão de participar na investigação é voluntária. Caso aceite, serão recolhidas informações sobre a sua vivência após o diagnóstico de infertilidade ou diagnóstico do parceiro em várias dimensões (conjugal, individual e social). Inicialmente, ser-lhe-á entregue este documento e solicitado que assine um novo documento intitulado de Consentimento Informado. A Folha de Informação ao(à) Participante fica na sua posse e o Consentimento Informado fica com a investigadora. A qualquer momento da investigação, pode decidir desistir da mesma, não tendo qualquer consequência.

A sua participação na investigação será constituída pelo preenchimento dos seguintes questionários: Questionário Sociodemográfico e Clínico, Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (Narciso & Costa, 1996), Escala de Auto-Eficácia na Infertilidade (Cousineau et al. 2004, adaptação Silva, C.F., Justo, J. & Costa, E.V., 2009), Questionário de Consciência de Estigma (Slade, 2007, adaptação Silva, C.F., Justo, J. & Costa, E.V., 2009) e Questionário de Auto-Estima Global (Rosenberg, adaptação Faria, M., 2000).

O preenchimento de todos os questionários não deverá ultrapassar os 30 minutos. Relativamente aos mesmos, leia sempre atentamente as instruções. Não existem respostas certas ou erradas.

Todos os dados obtidos são confidenciais e anónimos aos quais apenas a investigadora terá acesso, registando-os numa base de dados e analisando-os numa perspectiva global e não individual. Os questionários serão identificados com um código numérico, para facilitar o tratamento de dados.

Agradecemos a sua participação neste estudo. Se desejar participar, deve assinar e colocar a data neste documento e guardá-lo.

Para esclarecimento de dúvidas ou conhecimento sobre os resultados da investigação, pode contactar a investigadora através do contacto electrónico: patricia15pereira@hotmail.com.

Nome do(a) Participante:

Nome da Investigadora:

Assinatura do(a) Participante:

Assinatura da Investigadora:

Data: ____/____/____

O impacto do género do portador do factor de infertilidade na satisfação conjugal, na auto-eficácia na infertilidade, na consciência de estigma e na auto-estima global.

Patrícia Alexandra Silva Pereira; Mestrado Integrado em Psicologia; Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, 2013.
Orientador Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo; Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Consentimento Informado

Eu, abaixo-assinado(a), tomei conhecimento e compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído(a). Tive a oportunidade de colocar questões, tendo obtido uma resposta adequada.

Fui informado(a) que tenho o direito de recusar a qualquer momento a minha participação no estudo, sem dar qualquer justificação e sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Por isso, consinto que me sejam aplicados os questionários propostos pelo investigador.

Permito que os dados fornecidos sejam analisados pela investigadora, tal como descrito na Folha de Informação ao Participante.

Aceito participar nesta investigação e permito que os dados sejam divulgados com base na informação referida anteriormente.

Por fim, recebi a Folha de Informação ao Participante, que devo guardar.

Nome do(a) Participante:

Nome da Investigadora:

Assinatura do(a) Participante:

Assinatura da Investigadora:

Data: ____/____/____

O impacto do género do portador do factor de infertilidade na satisfação conjugal, na auto-eficácia na infertilidade, na consciência de estigma e na auto-estima global (*)

Nº do Casal: _____

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Dados Pessoais:

1. Idade: _____
2. Sexo: F ☐ M ☐
3. Escolaridade (número de anos de escolaridade com sucesso):

4. Estatuto Laboral: Empregado ☐ Desempregado ☐ Outro ☐ _____
5. Profissão (o que faz exactamente): _____
6. Religião: _____
7. ESE: P ☐+ NI ☐+ FP ☐+ IS ☐+ BH ☐ = total ☐
8. Estatuto conjugal: casado ☐ viúvo ☐ solteiro ☐ união de facto ☐ outro ☐
Se outro, qual? _____
Nº de anos de relacionamento conjugal? _____
Nº de relacionamentos anteriores? _____
9. Filhos anteriores ao diagnóstico: Sim ☐ Não ☐
 - 9.1. Se sim, quantos? _____
 - 9.2. Idade(s): _____
 - 9.3. Sexo: _____
 - 9.4. Filhos desta relação: Sim ☐ Não ☐
 - 9.5. Filhos de relações anteriores: Sim ☐ Não ☐

O impacto do género do portador do factor de infertilidade na satisfação conjugal, na auto-eficácia na infertilidade, na consciência de estigma e na auto-estima global (*)

Informação Clínica:

10. Há quanto tempo está a tentar engravidar? _____

11. Há quanto tempo recebeu o diagnóstico? _____

12. Há quanto tempo frequenta as consultas? _____

13. Causa da Infertilidade

13.1. Factor Feminino ☐

13.2. Factor Masculino ☐

13.3. Factor Masculino e Feminino ☐

13.4. Sem factor de infertilidade ☐

14. Qual é a natureza da sua infertilidade?

14.1. Nunca esteve grávida ☐

14.2. Já esteve grávida, mas a gravidez nunca chegou a ter um nascimento de um bebé viável ☐

14.3. Tem filhos, mas actualmente não consegue engravidar ☐

14.4. Tem filhos, consegue engravidar, mas não consegue levar a gravidez até ao nascimento de um bebé viável ☐

15. Já iniciou algum tratamento? Sim ☐ Não ☐

Se sim. Número de tratamentos _____

Se sim. Natureza dos tratamentos _____

EASAVIC (Narciso & Costa, 1996)

Pense na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada afirmação: **1 – Nada satisfeito(a) 2- Pouco satisfeito(a) 3- Razoavelmente satisfeito(a) 4- Satisfeito(a) 5- Muito satisfeito(a) 6- Completamente satisfeito(a)**. Para cada um dos itens, deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que sente, rodeando o número correspondente com um círculo.

	Nada satisfeito/a	Pouco Satisfei- to/a	Razoavelmente Satisfeito/a	Satisfeito/a	Muito satisfeito/a	Completamente satisfeito/a
1 O modo como gerimos a nossa situação financeira.	1	2	3	4	5	6
2 A distribuição de tarefas domésticas.	1	2	3	4	5	6
3 O modo como tomamos decisões.	1	2	3	4	5	6
4 A distribuição das responsabilidades.	1	2	3	4	5	6
5 O modo como passamos os tempos livres.	1	2	3	4	5	6
6 A quantidade de tempos livres.	1	2	3	4	5	6
7 O modo como nos relacionamos com os amigos.	1	2	3	4	5	6
8 O modo como nos relacionamos com a família do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
9 O modo como nos relacionamos com a minha família.	1	2	3	4	5	6
10 A minha privacidade e autonomia.	1	2	3	4	5	6
11 A privacidade e autonomia do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
12 A nossa relação com a minha profissão.	1	2	3	4	5	6
13 A nossa relação com a profissão do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
14 A frequência com que conversamos.	1	2	3	4	5	6
15 O modo como conversamos.	1	2	3	4	5	6
16 Os assuntos sobre os quais conversamos.	1	2	3	4	5	6
17 A frequência dos conflitos que temos.	1	2	3	4	5	6
18 O modo como resolvemos os conflitos.	1	2	3	4	5	6
19 O que sinto pelo (a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
20 O que o meu (minha) companheiro (a) sente por mim.	1	2	3	4	5	6
21 O modo com expresso o que sinto pelo(a) meu (minha) compa-	1	2	3	4	5	6

Companheiro (a).						
	Nada Satisfeito/a	Pouco Satisfei- to/a	Razoavelmente Satisfeito/a	Satisfeito/a	Muito satisfeito/a	Completamente Satisfeito/a
22 O modo como o(a) meu (minha) companheiro (a) expressa o que sente por mim.	1	2	3	4	5	6
23 O desejo sexual que sinto pelo(a) meu (minha) companheiro (a)	1	2	3	4	5	6
24 O desejo sexual que o(a) meu (minha) companheiro (a) sente por mim.	1	2	3	4	5	6
25 A frequência com que temos relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
26 O prazer que sinto quando temos relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
27 O prazer que o(a) meu (minha) companheiro (a) sente quando temos relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
28 A qualidade das nossas relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
29 O apoio emocional que dou ao (à) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
30 O apoio emocional que o(a) meu (minha) companheiro (a) me dá.	1	2	3	4	5	6
31 A confiança que tenho no (na) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
32 A confiança que o(a) meu (minha) companheiro (a) tem em mim.	1	2	3	4	5	6
33 A admiração que sinto pelo (a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
34 A admiração que o (a) meu (minha) companheiro (a) sente por mim.	1	2	3	4	5	6
35 A partilha de interesses e actividades.	1	2	3	4	5	6
36 A atenção que dedico aos interesses do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
37 A atenção que o(a) meu (minha) companheiro (a) dedica aos meus interesses.	1	2	3	4	5	6
38 Os nossos projectos para o futuro.	1	2	3	4	5	6
39 As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação.	1	2	3	4	5	6
40 As expectativas do(a) meu (minha) companheiro (a) quanto ao futuro da nossa relação.	1	2	3	4	5	6
41 O aspecto físico do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
42 A opinião que o/a meu (minha) companheiro (a) tem sobre o meu aspecto físico.	1	2	3	4	5	6
43 As características e hábitos do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
44 A opinião que o(a) meu (minha) companheiro (a) tem sobre as minhas características e hábitos.	1	2	3	4	5	6

EAEI

Esta lista contém muitas coisas que uma pessoa pode fazer quando recebe tratamento para a infertilidade. Estamos interessados na sua avaliação acerca de como se sente *confiante* para fazer estas coisas. Por favor, certifique-se de que a sua resposta reflecte exactamente a sua confiança, *quer tenha feito ou não* estas coisas no passado. As suas respostas vão reflectir a sua confiança em como você pode fazer estas coisas agora ou no futuro próximo.

Por favor, leia cada um dos itens seguintes. Depois responda a cada item sobre como se sente confiante em conseguir realizar esse comportamento. Se escolher um dos números mais pequenos da escala, estará a afirmar que não está *nada confiante* que poderia realizar esse comportamento. Se escolher um dos números maiores da escala, estará a afirmar que está *totalmente confiante* que pode realizar esse comportamento. Os números no meio da escala indicam que está *moderadamente confiante* que pode realizar o comportamento.

A escala vai de 1 (nada confiante) a 9 (totalmente confiante).

Eu sinto confiança que eu posso:

[illegible]

Escala	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Aceitar que os meus melhores esforços podem não ser suficientes para mudar a minha/nossa infertilidade.	O	O	O	O	O	O	O	O	O
7. Controlar sentimentos negativos acerca da infertilidade.	O	O	O	O	O	O	O	O	O
8. Lidar com amigas grávidas e com familiares.	O	O	O	O	O	O	O	O	O
9. Aguentar sentimentos de raiva ou hostilidade contra alguém.	O	O	O	O	O	O	O	O	O
10. Manter uma atitude positiva.	O	O	O	O	O	O	O	O	O
11. Diminuir sentimentos de culpa, vergonha ou fracasso.	O	O	O	O	O	O	O	O	O
12. Permanecer relaxado(a) enquanto espero pelas consultas ou pelos resultados dos exames médicos.	O	O	O	O	O	O	O	O	O
13. Fazer alguma coisa para sentir-me bem, se estou triste ou desencorajado(a).	O	O	O	O	O	O	O	O	O
14. Sentir-me bem com o meu corpo e comigo próprio(a).	O	O	O	O	O	O	O	O	O
15. Manter-me activo(a) com a minha rotina habitual.	O	O	O	O	O	O	O	O	O
16. Sentir-me uma pessoa sexualmente activa.	O	O	O	O	O	O	O	O	O

Muito obrigado pela sua cooperação.

“Escala de Auto-Eficácia na Infertilidade” Referência: Cousineau T.M. Green T.C. Corsini E.A. Barnard T. Seibring A.R. & Domar A.D. 2004. Development and validation of the Infertility Self-Efficacy scale. *Fertility and Sterility* 2006; 85(6):1684-1696. © Inflexxion, Inc. 2006.
 Adaptação portuguesa de Silva, C.F.*, Justo, J.** & Costa, E.V.* *(UCP-FF) **(FPCE-UL).

Q.C.E.

Neste inquérito, estamos interessados em conhecer alguns dos seus pensamentos e sentimentos em relação às pessoas que não têm problemas de fertilidade. Por favor, leia as afirmações que se seguem. Para cada afirmação, existe uma escala que vai de 0 (discordo completamente) até 6 (concordo completamente). Seguidamente, assinale com um círculo o seu grau de concordância/discordância para cada afirmação. Muito obrigado pela sua colaboração.

Afirmações	0	1	2	3	4	5	6
	discordo completamente			não concordo nem discordo			concordo completamente
1- Os estereótipos acerca das pessoas com problemas de fertilidade não me têm afectado pessoalmente.	0	1	2	3	4	5	6
2- Receio que os meus comportamentos sejam vistos como típicos de pessoas com problemas de fertilidade.	0	1	2	3	4	5	6
3- As pessoas que sabem dos meus problemas de fertilidade interpretam todos os meus comportamentos em função destes problemas.	0	1	2	3	4	5	6
4- As pessoas com problemas de fertilidade são julgadas por outros por causa destes problemas.	0	1	2	3	4	5	6
5- Ter problemas de fertilidade não influencia a forma como as pessoas com filhos se comportam comigo.(1)	0	1	2	3	4	5	6
6- Quando estou com outras pessoas, quase nunca penso acerca do facto de ter problemas de fertilidade.	0	1	2	3	4	5	6
7- Ter problemas de fertilidade não influencia a forma como os outros se comportam em relação a mim.(1)	0	1	2	3	4	5	6

(1) Se não contou a ninguém, por favor, diga como pensa que as pessoas fariam se elas soubessem.

8- Outras pessoas têm muito mais pensamentos negativos acerca das pessoas com problemas de fertilidade do que aquilo que mostram.	0	1	2	3	4	5	6
9- As pessoas sem problemas de fertilidade são muitas vezes acusadas, injustamente, de discriminarem aqueles que têm problemas de fertilidade.	0	1	2	3	4	5	6
10- A maioria das pessoas sem problemas de fertilidade têm dificuldade em aceitar como iguais as pessoas que têm problemas de fertilidade.	0	1	2	3	4	5	6

“QCE”: Versão original de Pinel, 1999; adaptação de Slade, 2007; Adaptação portuguesa de Silva, C.F.*, Justo, J.** & Costa, E.V.* *(UCP-FF) **(FPCE-UL)

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

QUESTIONÁRIO DE AUTO-ESTIMA GLOBAL

Autor: M. Rosenberg
Adaptação: Luísa Faria (2000)

Segue-se uma lista de afirmações respeitantes ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com uma cruz (X), na respectiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

A	B	C	D	E	F
CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE

1	Globalmente estou satisfeito(a) comigo próprio(a).	A	B	C	D	E	F
2	Por vezes penso que nada valho.	A	B	C	D	E	F
3	Sinto que tenho um bom número de qualidades.	A	B	C	D	E	F
4	Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas.	A	B	C	D	E	F
5	Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	A	B	C	D	E	F
6	Por vezes sinto-me de facto um(a) inútil.	A	B	C	D	E	F
7	Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros.	A	B	C	D	E	F
8	Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).	A	B	C	D	E	F
9	Em termos gerais inclino-me a achar que sou um(a) falhado(a).	A	B	C	D	E	F
10	Adopto uma atitude positiva perante mim próprio(a).	A	B	C	D	E	F

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

QUESTIONÁRIO DE AUTO-ESTIMA GLOBAL

Autor: M. Rosenberg

Adaptação: Luísa Faria (2000) GRELHA DE COTAÇÃO

Segue-se uma lista de afirmações respeitantes ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com uma cruz (X), na respectiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

A	B	C	D	E	F
CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE

1	Globalmente estou satisfeito(a) comigo próprio(a).	6	5	4	3	2	1	P
2	Por vezes penso que nada valho.	1	2	3	4	5	6	N
3	Sinto que tenho um bom número de qualidades.	6	5	4	3	2	1	P
4	Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas.	6	5	4	3	2	1	P
5	Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	1	2	3	4	5	6	N
6	Por vezes sinto-me de facto um(a) inútil.	1	2	3	4	5	6	N
7	Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros.	6	5	4	3	2	1	P
8	Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).	1	2	3	4	5	6	N
9	Em termos gerais inclino-me a achar que sou um(a) falhado(a).	1	2	3	4	5	6	N
10	Adopto uma atitude positiva perante mim próprio(a).	6	5	4	3	2	1	P

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

DIMENSÕES: P - POSITIVA - 5 ITENS -
N - NEGATIVA - 5 ITENS -

Anexo VIII – Estatística descritiva das variáveis independentes (dados sociodemográficos e clínicos)

Tabela 1. Escolaridade dos Casais Participantes (♂, n = 49; ♀, n = 50)

Anos de escolaridade com sucesso	Participantes do sexo Masculino		Participantes do sexo Feminino	
	n	%	n	%
7	1	2.0	1	2.0
8	1	2.0	0	0.0
9	9	18.0	6	12.0
10	1	2.0	0	0.0
11	4	8.0	1	2.0
12	16	32.0	16	32.0
14	2	4.0	1	2.0
15	0	0.0	1	2.0
16	3	6.0	1	2.0
17	6	12.0	17	34.0
18	1	2.0	1	2.0
19	3	6.0	2	4.0
20	1	2.0	0	0.0
21	1	2.0	1	2.0
23	1	2.0	1	2.0

Tabela 2. Profissões dos Casais Participantes (♂, n = 48; ♀, n = 47)

	Participantes Masculinos		Participantes Femininos	
	n	%	n	%
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	2	4.0	2	4.0
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	7	14.0	15	30.0
Técnicos e profissionais de nível intermédio	21	42.0	10	20.0
Pessoal administrativo e similares	1	2.0	4	8.0
Pessoal dos serviços e vendedores	5	10.0	11	22.0
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	1	2.0	0	0.0
Operário, artífices e trabalhadores similares	7	14.0	2	4.0
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	2	4.0	1	2.0
Trabalhadores não qualificados	2	4.0	2	4.0

Tabela 3. Presença/Ausência de Religião nos Casais Participantes (♂, n = 49; ♀, n = 49)

	Participantes masculinos		Participantes Femininos	
	n	%	n	%
Presença de religião	34	68.0	41	82.0
Ausência de religião	15	30.0	8	16.0

Tabela 4. Estatuto Socioeconómico dos Casais Participantes (♂, n = 48; ♀, n = 48)

	Participantes Masculinos		Participantes Femininos	
	n	%	n	%
Classe I	2	4.0	1	2.0
Classe II	31	62.0	37	74.0
Classe III	15	30.0	10	20.0

Tabela 5. Anos de Relacionamento Conjugal dos Casais Participantes (N = 50)

Anos de relacionamento	n	%
2	2	4.0
3	2	4.0
4	3	6.0
4,33	1	2.0
5	6	12.0
6	3	6.0
7	7	14.0
8	5	10.0
9	4	8.0
10	4	8.0
11	3	6.0
12	1	2.0
13	4	8.0
14	1	2.0
15	2	4.0
16	1	2.0
17	1	2.0

Tabela 6. Filhos Anteriores ao Diagnóstico e Relações Anteriores dos Casais Participantes (N = 50)

	Participantes Masculinos		Participantes Femininos	
	n	%	n	%
Filhos anteriores ao diagnóstico				
Sim	5	10.0	3	6.0
Não	45	90.0	47	94.0
Filhos de relações anteriores				
Sim	5	10.0	3	6.0
Não	45	90.0	47	94.0

Tabela 6. Frequências e percentagens do género do portador do factor de infertilidade (N = 50)

Causa de Infertilidade	n	%
Factor Feminino de Infertilidade	13	26.0
Factor Masculino de Infertilidade	18	36.0
Factor Misto de Infertilidade	10	20.0
Factor Desconhecimento de Infertilidade	9	18.0

Tabela 7. Frequências e percentagens da natureza da infertilidade segundo a ocorrência de gravidez e de recém-nascidos viáveis na amostra feminina (n = 50)

Natureza da Infertilidade	n	%
Nunca esteve grávida	38	76.0
Já esteve grávida, mas a gravidez não resultou num nascimento de um bebé viável	8	16.0
Tem filhos, mas actualmente não consegue engravidar.	4	8.0

Tabela 9. Frequências e percentagens da natureza da infertilidade segundo a ocorrência de gravidez e de recém-nascidos viáveis na amostra masculina (n = 50)

Natureza da Infertilidade	n	%
Nunca vivenciou a ocorrência de uma gravidez	38	76.0
Já participou numa gravidez, mas esta não resultou no nascimento de um bebé viável	6	12.0
Tem filhos, mas actualmente não consegue participar na ocorrência de uma gravidez.	6	12.0

Tabela 10. Frequências e percentagens das participantes em função dos tratamentos (n = 28)

Nº de Tratamentos	FIV ou ICSI		Inseminação Artificial		Cirurgia		Outros		FIV ou ICSI e IA		FIV ou ICSI e outros	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1	6	21.0	2	7.0	2	7.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2	5	17.0	3	11.0	0	0.0	0	0.0	1	4.0	1	4.0
3	2	7.0	2	7.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	11.0	0	0.0
5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.0	0	0.0	0	0.0

Anexo IX – Quadros de Regressões Lineares – Hipótese Específica 1 e Hipótese Específica 5

Hipótese Específica 1

Quadro 1. Regressão Linear; Variável Dependente Intimidade Emocional nos Participantes Masculinos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.514	.264	-.084	.264	.758	.654
2	.697	.486	-.108	.221	.933	.504
3	.764	.583	-.167	.098	.780	.531
4	.807	.652	-.083	.069	1.779	.215

Quadro 2. Regressão Linear; Variável Dependente Sexualidade nos Participantes Masculinos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.485	.235	-.127	.235	.649	.743
2	.639	.408	-.275	.173	.634	.701
3	.675	.455	-.525	.047	.288	.833
4	.713	.508	-.530	.053	.971	.350

Quadro 3. Regressão Linear; Variável Dependente Comunicação/Conflito nos Participantes Masculinos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.462	.214	-.159	.214	.573	.802
2	.661	.437	-.212	.224	.862	.547
3	.701	.491	-.426	.053	.349	.791

4	.735	.541	-.429	.050	.981	.348
---	------	------	-------	------	------	------

Quadro 4. Regressão Linear; Variável Dependente Funções Familiares nos Participantes Masculinos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.434	.188	-.218	.188	.464	.880
2	.717	.514	-.094	.326	1.340	.313
3	.755	.570	-.289	.056	.394	.760
4	.775	.601	-.346	.031	.618	.454

Quadro 5. Regressão Linear; Variável Dependente Rede Social nos Participantes Masculinos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.663	.439	.174	.439	1.655	.170
2	.778	.606	.151	.166	.914	.515
3	.842	.709	.186	.104	1.188	.363
4	.855	.730	.161	.021	.699	.425

Quadro 6. Regressão Linear; Variável Dependente Autonomia nos Participantes Masculinos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.564	.319	-.004	.319	.987	.482
2	.783	.614	.168	.295	1.657	.209
3	.828	.686	.122	.073	.771	.536
4	.829	.687	.026	.001	.015	.905

Quadro 7. Regressão Linear; Variável Dependente Intimidade Emocional nos Participantes Femininos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.777	.604	.417	.604	3.223	.015
2	.855	.730	.419	.126	1.013	.458
3	.861	.741	.275	.011	.137	.936
4	.861	.742	.197	.001	.037	.852

Quadro 8. Regressão Linear; Variável Dependente Sexualidade nos Participantes Femininos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.733	.537	.317	.537	2.446	.048
2	.820	.673	.296	.136	.904	.521
3	.851	.724	.226	.051	.610	.624
4	.851	.724	.140	.000	.000	.988

Quadro 9. Regressão Linear; Variável Dependente Autonomia nos Participantes Femininos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.716	.512	.281	.512	2.215	.069
2	.838	.702	.358	.190	1.383	.292
3	.846	.715	.202	.013	.149	.928
4	.869	.756	.240	.041	1.506	.251

Quadro 10. Regressão Linear; Variável Dependente Comunicação/Conflito nos Participantes Femininos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.686	.470	.205	.470	1.774	.144
2	.864	.747	.431	.277	2.188	.117
3	.889	.790	.371	.043	.620	.620
4	.889	.790	.292	.000	.001	.975

Quadro 11. Regressão Linear; Variável Dependente Funções Familiares nos Participantes Femininos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.522	.272	-.072	.272	.790	.629
2	.682	.465	-.153	.192	.778	.601
3	.734	.539	-.292	.071	.534	.669
4	.735	.541	-.429	.002	.037	.851

Quadro 12. Regressão Linear; Variável Dependente Rede Social nos Participantes Femininos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.549	.302	-.029	.302	.912	.535
2	.728	.529	-.014	.228	1.049	.439
3	.774	.599	-.123	.070	.578	.643
4	.779	.606	-.225	.007	.166	.694

Hipótese específica 5

Quadro 13. Regressão Linear; Variável Dependente Sexualidade nos Participantes Masculinos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.439	.192	-.038	.192	.834	.599
2	.556	.309	-.073	.116	.812	.569
3	.604	.365	-.299	.056	.277	.956
4	.658	.433	-.216	.068	2.517	.128

Quadro 14. Regressão Linear; Variável Dependente Comunicação/Conflito nos Participantes Masculinos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.419	.179	-.060	.176	.747	.677
2	.512	.263	-.144	.087	.568	.752
3	.634	.402	-.223	.140	.734	.646
4	.687	.472	-.131	.070	2.778	.110

Quadro 15. Regressão Linear; Variável Dependente Funções Familiares nos Participantes Masculinos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.286	.082	-.188	.082	.303	.975
2	.516	.266	-.154	.184	1.170	.350
3	.573	.328	-.408	.062	.278	.956
4	.595	.354	-.422	.026	.792	.384

Quadro 16. Regressão Linear; Variável Dependente Rede Social nos Participantes Masculinos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.431	.185	-.047	.185	.797	.632
2	.639	.408	-.082	.223	1.818	.130
3	.688	.473	-.079	.065	.385	.901
4	.731	.534	.002	.062	2.778	.110

Quadro 17. Regressão Linear; Variável Dependente Autonomia nos Participantes Masculinos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.435	.189	-.042	.189	.818	.614
2	.662	.439	.129	.249	2.149	.078
3	.758	.574	.128	.135	.996	.460
4	.789	.622	.190	.048	2.682	.116

Quadro 18. Regressão Linear; Variável Dependente Intimidade Emocional nos Participantes Femininos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.604	.365	.184	.365	2.013	.062
2	.697	.486	.202	.121	1.134	.368
3	.776	.602	.186	.116	.920	.510
4	.806	.649	.248	.047	2.815	.108

Quadro 19. Regressão Linear; Variável Dependente Sexualidade nos Participantes Femininos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.647	.418	.252	.418	2.517	.021
2	.700	.490	.208	.071	.674	.672
3	.748	.559	.098	.069	.495	.828
4	.748	.559	.055	.000	.000	.999

Quadro 20. Regressão Linear; Variável Dependente Funções Familiares nos Participantes Femininos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.310	.096	-.162	.096	.372	.951
2	.44	.197	-.245	.101	.611	.720
3	.570	.325	-.381	.127	.593	.755
4	.578	.334	-.428	.009	.272	.607

Quadro 21. Regressão Linear; Variável Dependente Rede Social nos Participantes Femininos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.438	.192	-.039	.192	.832	.601
2	.674	.454	.153	.262	2.319	.060
3	.803	.645	.275	.191	1.696	.162
4	.813	.661	.274	.016	.994	.330

Quadro 22. Regressão Linear; Variável Dependente Autonomia nos Participantes Femininos

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.671	.450	.293	.450	2.865	.010
2	.791	.625	.418	.175	2.255	.066
3	.820	.673	.331	.048	.457	.855
4	.841	.707	.373	.035	2.486	.130